

CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE — † PROF. GERALDINO BRITES — PROF. MAXIMINO CORREIA

---

---

# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

INDEX

ROCHA BRITO, MAXIMINO CORREIA e RENATO TRINCÃO — <i>Descrição de um coração anômalo</i> . . . . .	N 1
MAXIMINO CORREIA — <i>Subsídios para a História da Anatomia em Coimbra</i>	N 2
MIGUEL GUIRAO PÉREZ — <i>“Septum intermusculare pedis tibiale”</i> . . . . .	N 3

VOL. XXIV



1 9 4 9

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.<sup>DA</sup> »  
MCMXLIX





# FOLIA ANATOMICA

1 9 4 8



Vol. XXIII

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.<sup>DA</sup> »  
M C M X L V I I I





CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE — † PROF. GERALDINO BRITES — PROF. MAXIMINO CORREIA

---

---

FOLIA ANATOMICA  
VNIVERSITATIS  
CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, CARDOSO TEIXEIRA, REIS MAYA,  
SIMÕES DE CARVALHO, TAVARES (ABEL SAMPAIO).

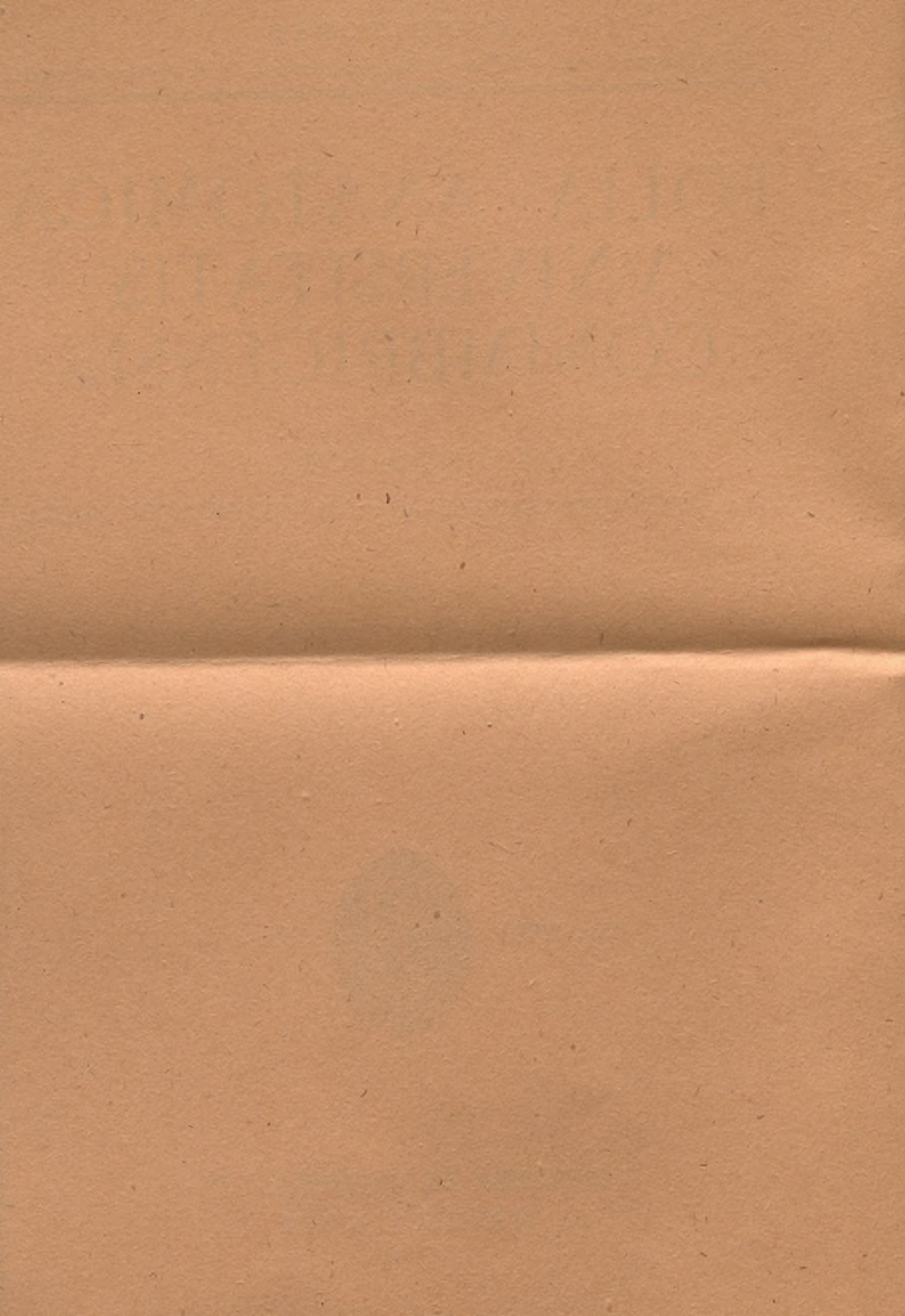
Vol. XXIII



1948

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.<sup>DA</sup> »

M C M X L V I I I





FOLIA ANATOMICA  
VNIVERSITATIS  
CONIMBRIGENSIS

UNIVERSITY OF  
MICHIGAN LIBRARY  
ANN ARBOR, MICHIGAN



FOLIA ANATOMICA  
 UNIVERSITATIS  
 CONIMBRIGENSIS

I N D E X

	NN
CARDOSO TEIXEIRA (HERMÉNIO INÁCIO DE) — <i>Estudo histo-patológico e ontológico do timo</i> . . . . .	2
— e SIMÕES DE CARVALHO (ARMANDO ANTHEMIO MACHADO) — <i>Contribuição para o estudo das variedades e anomalias do osso occipital</i> . . . . .	1
MAYA (J. REIS) — <i>Fundo da órbita. Novos casos de variações musculares</i> . . . . .	3
MOITAS (ÁLVARO) — <i>Acerca de dois casos de deradelfia</i> . . . . .	5
SIMÕES DE CARVALHO (ARMANDO ANTHEMIO MACHADO) — <i>Contribuição para o estudo das curvaturas da coluna vertebral</i> . . . . .	6
TAVARES (ABEL SAMPAIO) — <i>O alongamento respectivo do 2.º e 4.º dedos da mão (Estudo radiológico)</i> . . . . .	4

INDEX

271

General Index  
Index of Names  
Index of Subjects  
Index of Places  
Index of Dates

272

Index of Names  
Index of Subjects  
Index of Places  
Index of Dates



CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE — † PROF. GERALDINO BRITES — PROF. MAXIMINO CORREIA

---

---

# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

COLLABORANT

ÁLVARO MOITAS, CARDOSO TEIXEIRA, REIS MAYA,  
SIMÕES DE CARVALHO, TAVARES (ABEL SAMPAIO).

VOL. XXIII

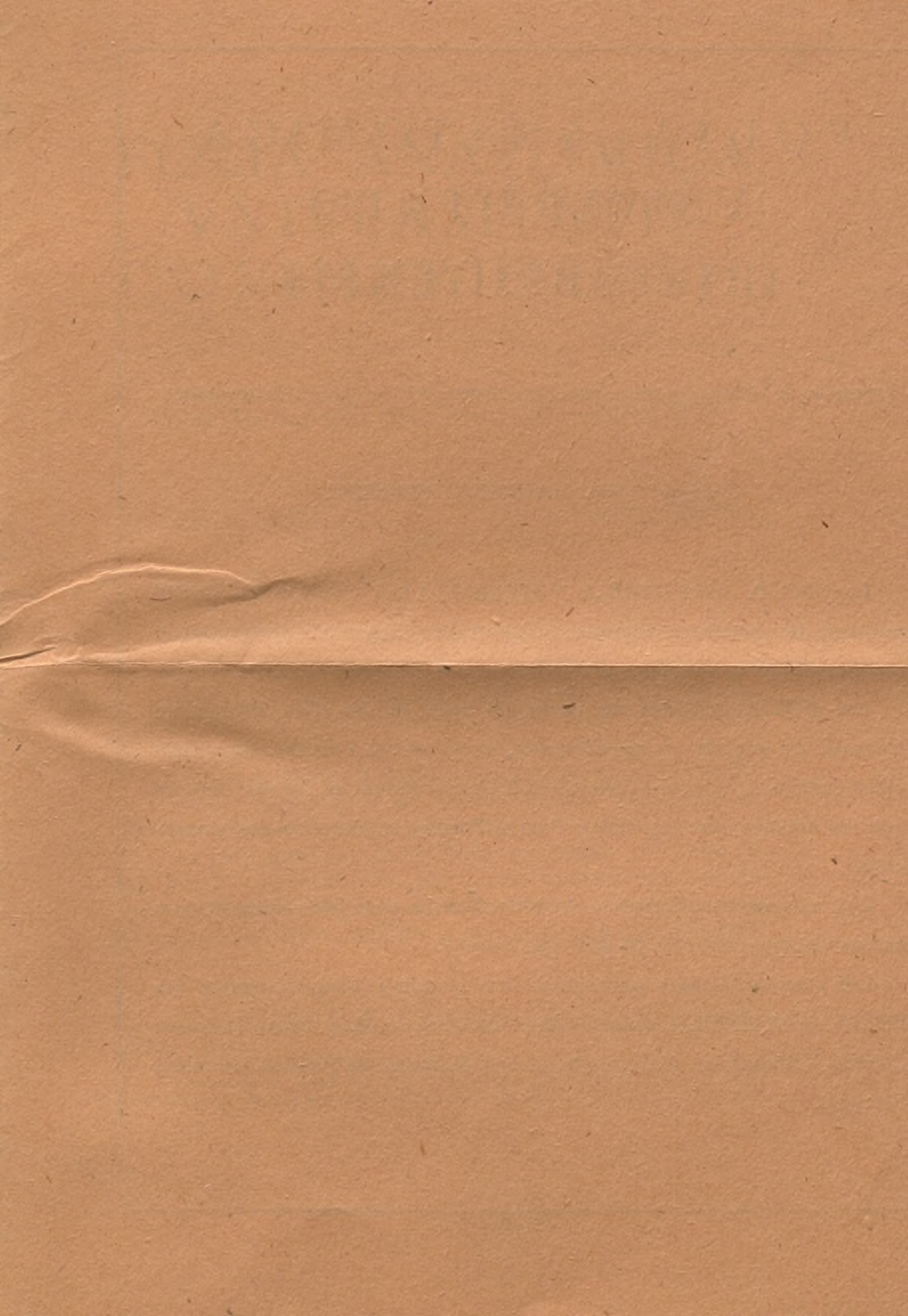


1948

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.<sup>DA</sup> »

M C M X L V I I I







# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

( Propriété du Laboratoire d'Anatomie et de l'Institut d'Histologie et d'Embryologie )

EDITEUR: PROF. MAXIMINO CORREIA

Les FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS publient des mémoires originaux et des études d'Anatomie descriptive et topographique, d'Anatomie pathologique, d'Histologie et d'Embryologie.

Les FOLIA rédigées en portugais sont suivies d'un résumé en français, en anglais ou en allemand, au choix de l'auteur. Les fascicules contenant, une ou plusieurs FOLIA, paraissent au fur et à mesure que les articles sont imprimés, d'après l'ordre de réception des manuscrits.

Les manuscrits adressés à la rédaction ne sont pas rendus à leurs auteurs même quand ils ne sont pas publiés.

Les communications concernant la rédaction et l'administration des FOLIA ANATOMICA doivent être adressées à M.le Prof. Maximino Correia, Laboratoire d'Anatomie, Largo Marquez de Pombal, Coïmbre, Portugal.

# FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XXIV

N.º 1

## DESCRIÇÃO DE UM CORAÇÃO ANOMALO <sup>1</sup>

POR

PROF. ROCHA BRITO

PROF. MAXIMINO CORREIA

ASSISTENTE RENATO TRINCÃO

Da Faculdade de Medicina de Coimbra

### CONFORMAÇÃO EXTERIOR

Peso 350 gr. Diâmetro vertical 12 cm., diâmetro transversal 11 cm. Aumento de volume da metade direita o que dá ao órgão uma forma globosa.

Verdadeiramente não há ponta (Fig. 1); a curvatura do bordo esquerdo e do bordo direito continuam-se insensivelmente uma com a outra.

A face anterior apresenta-nos, muito próximo já do bordo esquerdo, um sulco onde passa uma artéria que corresponde à inter-ventricular anterior, por forma a que, como normalmente, a face anterior corresponde

<sup>1</sup> Resumo da história clínica:

M. P. Castanheira; 22 anos; solteiro: Pais vivos, saudáveis bem como os três irmãos. Não exerce qualquer profissão por incapacidade para o trabalho.

Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos.

Começou a andar e a falar bastante tarde e sempre foi de fraca constituição. Desde que nasceu, dizem-lhe os médicos, que sofre do cora-





CONDITORES

† PROF. BASÍLIO FREIRE — † PROF. GERALDINO BRITES — PROF. MAXIMINO CORREIA

FOLIA ANATOMICA  
VNIVERSITATIS  
CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

COLLABORANT

ALVARO MOITAS, CARDOSO TEIXEIRA, REIS MAYA,

CONIMBRIGENSIS

# FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XXIV

N.º 1

## DESCRIÇÃO DE UM CORAÇÃO ANOMALO <sup>1</sup>

POR

PROF. ROCHA BRITO

PROF. MAXIMINO CORREIA

ASSISTENTE RENATO TRINCÃO

Da Faculdade de Medicina de Coimbra

### CONFORMAÇÃO EXTERIOR

Peso 350 gr. Diâmetro vertical 12 cm., diâmetro transverso 11 cm. Aumento de volume da metade direita o que dá ao órgão uma forma globosa.

Verdadeiramente não há ponta (Fig. 1); a curvatura do bordo esquerdo e do bordo direito continuam-se insensivelmente uma com a outra.

A face anterior apresenta-nos, muito próximo já do bordo esquerdo, um sulco onde passa uma artéria que corresponde à inter-ventricular anterior, por forma a que, como normalmente, a face anterior corresponde

<sup>1</sup> Resumo da história clínica:

M. P. Castanheira; 22 anos; solteiro: Pais vivos, saudáveis bem como os três irmãos. Não exerce qualquer profissão por incapacidade para o trabalho.

Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos.

Começou a andar e a falar bastante tarde e sempre foi de fraca constituição. Desde que nasceu, dizem-lhe os médicos, que sofre do cora-





na sua quase totalidade, à parede anterior do ventrículo direito.

Pelo que respeita à face posterior, na parte que fica abaixo do sulco aurículo-ventricular, não difere também a morfologia desta face do que é normal. Apenas o sulco inter-ventricular posterior, na parte inferior, é pouco nítido, e percorrido por mais do que um vaso.

Os bordos são muito diferentes: o direito muito mais extenso, é relativamente delgado, enquanto que o esquerdo, mais curto, é arredondado e grosso.

---

ção, pois a este facto atribuem a cor cianótica localizada sobretudo à face e extremidades com a qual sempre se conheceu. Refere o doente que esta cor se torna mais intensa com o frio. Também sempre se conheceu com os «dedos batatudos» e com dispneia de esforço, mas nunca experimentou ortopneia. Adormece bem e de preferência sobre o lado esquerdo.

Todos os seus padecimentos se intensificam com a marcha, mesmo moderada e nunca pode brincar e muito menos correr com os companheiros.

Pés e tornozelos edemaciam-se para a tarde e do mesmo modo a dispneia e a cianose são mais acentuadas após qualquer exercício, mesmo moderado.

O mesmo sucede quando suspende o tratamento tonicardiaco a que se tem submetido desde pequeno.

É sobre este quadro fundamental e de larga evolução que mais alguma coisa se desenvolveu. Conta que há cerca de quinze dias, após uma visita feita de noite a uns amigos, sentiu uma dor forte na parte postero-superior do hemitorax esquerdo e que se manteve irradiando para todo o tórax. A dor exacerba-se com a tosse. Não deu fé de ter tosse por essa altura, mas a tosse em verdade já vinha de mais longe, tosse a princípio seca, mas de pressa acompanhada de expectoração abundante, sempre desacompanhada de sangue, diz o doente.

Estado actual:

Dá nas vistas o tom de acentuada cianose por todo o tegumento, principalmente nas regiões malares, mentoniana, lóbulo do nariz, orelhas, conjuntivas oculares, mãos e pés. Esta a dominante clínica com nítido hipocratismo digital e unhas em vidro de relógio.

Indivíduo de tipo asténico, muito magro, como sempre foi, afirma êle. Psiquicamente não apresenta quaisquer perturbações embora tenha sido observado em fase de acentuada febre: apenas se percebe certo grau de ansiedade associada, aliás, a uma firme confiança num próximo restabelecimento.

A voz, porém, muito débil é entrecortada e rouca, factos em parte relacionados com a dispneia permanente, sem grande polipneia (20 ciclos/minuto).

O exame morfológico do tórax revela imediatamente a existência de saliências ósseas tradutoras da grande desnutrição do enfermo; de um lado e outro do esterno os arcos condro-costais são proeminentes tor-

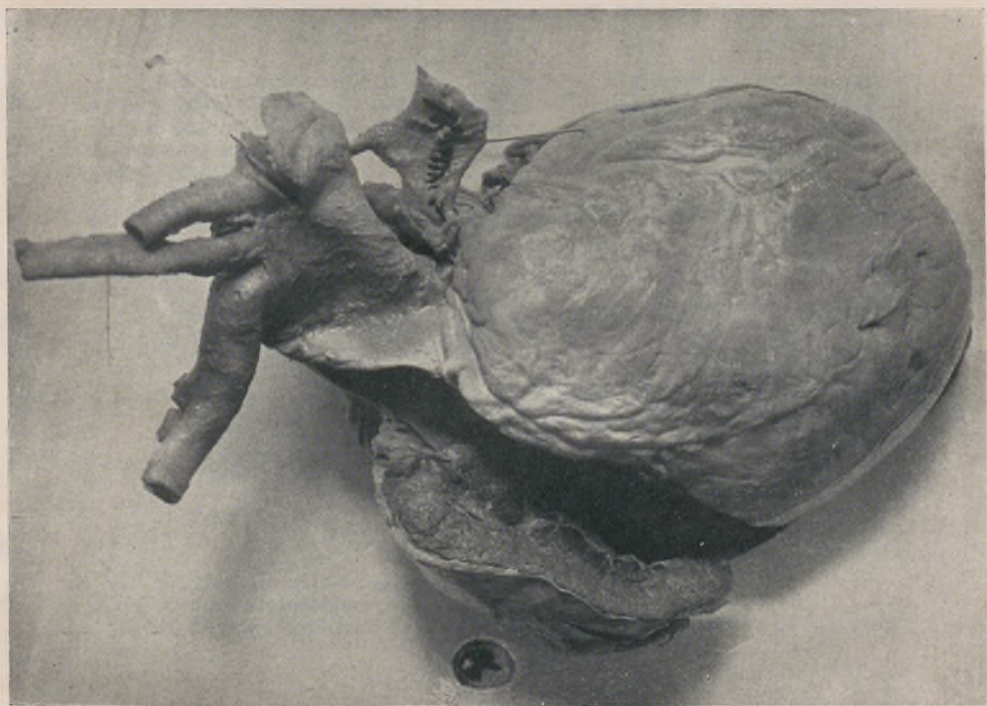


FIG. 1

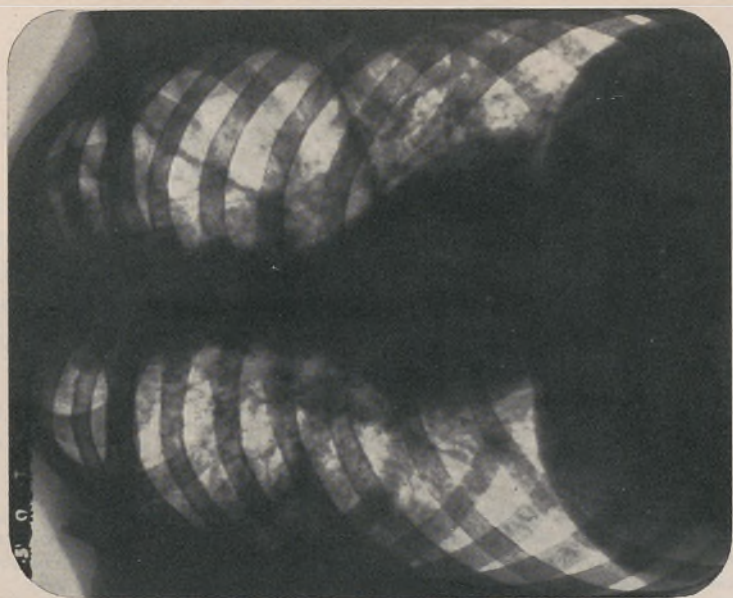


FIG. 2





A morfologia da parte anterior, acima do sulco auriculo-ventricular, é que se afasta muito do normal. O vaso de maior calibre é a aorta que apresenta uma porção ascendente de dimensões aproximadamente normais e com os ramos que se vêem emergir da parte da crossa, também normais. *Mas a emergência deste vaso faz-se do ventrículo direito, num plano quase tão anterior como a artéria pulmonar.*

Do lado esquerdo da aorta encontra-se a artéria pulmonar emergindo num plano ligeiramente anterior ao da aorta, e com um calibre tão reduzido que não

nando a região esternal cavada em goteira profunda, o que lembra o tórax chamado infundibuliforme de certas profissões. As articulações condro-costais estão engrossadas, realizando a expressiva imagem do rosário costal.

As veias jugulares, moderadamente turgidas, apresentam pulsações nítidas. Pulso bem ritmado, mas taquicárdico a 120/m. Curva térmica renitente com máximos de 39,8.

Tensões arteriais:

Mx.....	9
Mn.....	6
I. O. ....	1,5

Há um sopro sitólico audível com maior intensidade no foco mitral sem propagação para a axila, mas que se ouve, embora menos intensamente nos outros focos, apresentando na base certo grau de propagação clavicular. Em resumo: fica-se ante a impressão de que todo o coração sofre. Não há frêmito e os tons cardíacos parecem bem batidos.

A auscultação pulmonar manifesta a presença de ralas e sibilos, húmidos e crepitantes um pouco por todo o tórax, mais extensos e intensos nas metades superiores.

Baço grande.

Exames de Laboratório:

Baciloscopia: Positiva para o B. de Kock na escala 10 de Gaffky.

Wassermann no sangue: negativa.

Sedimentação, dos eritrócitos:

S<sub>1</sub> (no fim de uma hora) 17

S<sub>2</sub> (» » » duas horas) 40

Índice de Katz:

$$\frac{S_1 + \frac{S_2}{2}}{2} = 18,5$$

Análise de urinas: normal

Exame radiológico (Fig. 2):

A direita: lesões do tipo exsudativo caseoso ocupando os dois anda-



admite um dedo mínimo, emergindo também do ventrículo direito. Do lado direito da aorta encontra-se o apêndice auricular muito curto e grosso. Do lado esquerdo da pulmonar, atingindo mesmo a sua face anterior, está o apêndice auricular esquerdo, delgado e alongado.

A face posterior da aurícula direita apresenta-se com as proporções normais, tendo na parte superior, junto do septo, a abertura da veia cava superior, e

---

res superiores do campo, com imagens cavitárias no II espaço intercostal anterior.

À esquerda: a cisura inter-lobar está visível por forte densificação e acima e abaixo dela vemos imagens cavitárias várias estando as superiores insufladas. Hilo caloso e um pouco atraído para cima.

A sombra cardíaca apresenta ligeira proeminência do arco DD'. Não vemos outras alterações.

Fórmula hemoleucocitária:

HG >.....	100 0/0
GV .....	6.040.000
GB.....	13.200
Polin. neutrófilos ...	91 0/0
Mono .....	1,5 0/0
Linfo .....	7,5 0/0
Granulações tóxicas nos neutrófilos. Há pois uma leve poliglobulia, como era de esperar, e neutrofilia.	

Os electrocardiogramas (Dr. Ramos Lopes) em diferentes derivações, mostram-nos (Fig. 3):

Em dd clássicas: ritmo sinusal de frequência à roda de 60/m. Onda P de duração igual a 0,10 seg. e de altura igual a 3<sup>mm</sup>. Espaço PQ (neste caso PR) igual a 0,24 seg. Complexo rápido do ventriculograma com duração igual a 0,08 seg. e do tipo MS em D<sub>1</sub> e D<sub>2</sub>; em D<sub>3</sub> mostra um R chanfrado e alto. T positivo em D<sub>1</sub> e D<sub>2</sub>; (aqui quase isoeléctrico) negativo em D<sub>3</sub>.

Em dd monopolares dos membros apreciamos um coração de eixo eléctrico intensamente desviado para a direita. T isoeléctrico em aVR, positivo em aVL e difásico em aVF.

Série precordial, PR<sub>1</sub> alongada igual a 0,24 seg., fundindo-se em V<sub>1</sub> com a onda T do complexo anterior. Complexos ventriculares predominantemente positivos em V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub> e V<sub>4</sub>; de predomínio negativo em V<sub>5</sub> e V<sub>6</sub>. Depressão de ST em V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub> e V<sub>3</sub>. T difásico em V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub> e V<sub>4</sub>; isoeléctrica em V<sub>5</sub> e V<sub>6</sub>.

Diagnóstico electrocardiográfico: Sinais de hipertrofia auricular e de hipertrofia ventricular direitas. Há certo grau de bloqueio aurículo ventricular e de bloqueio do ramo direito do feixe de His.

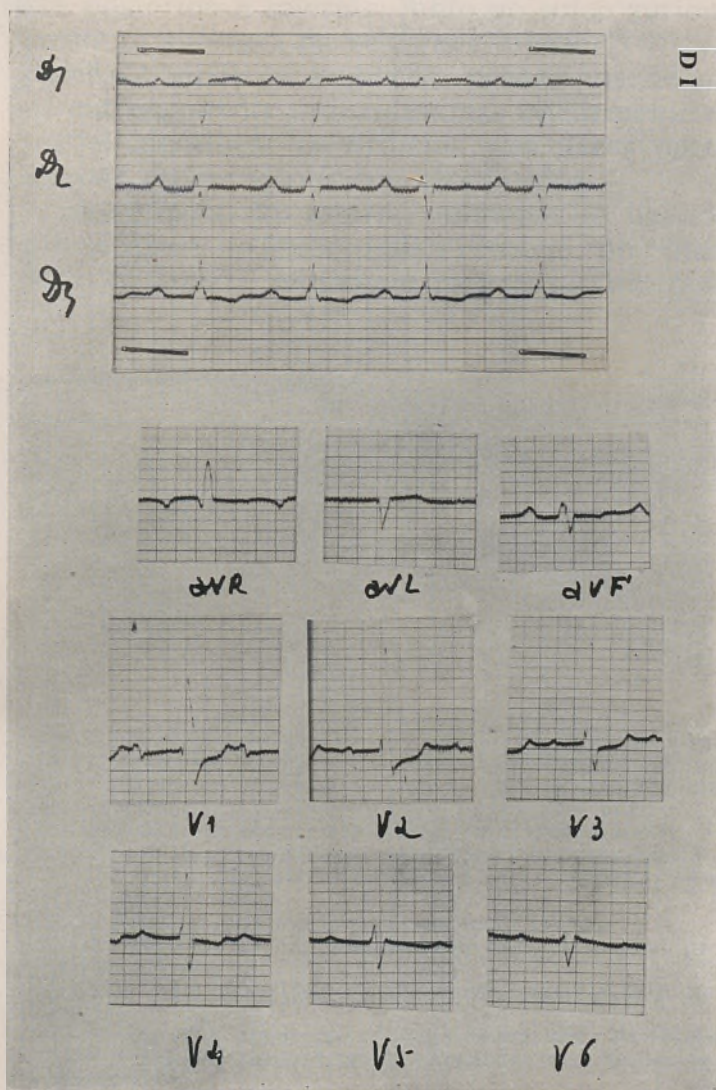


FIG. 3





na parte posterior e inferior, junto ao sulco aurículo-ventricular, a abertura da veia cava inferior.

Quanto à aurícula esquerda, parece-nos de proporções extremamente reduzidas, mas infelizmente não foi possível identificar os orifícios vasculares porque na extracção do coração foram sacrificados.

A emergência da artéria pulmonar e da aorta encontra-se quase no mesmo plano frontal; no entanto o orifício da artéria pulmonar parece ser um pouco

Diagnóstico Clínico-Laboratorial:

Doença azul por cardiopatia congénita. Tuberculose pulmonar bilateral cavitária.

É provável que se associem as seguintes malformações; persistência do buraco de Botal, aperto da artéria pulmonar, hipertrofia da aurícula direita, hipertrofia do ventrículo direito.

Autópsia N.º 1264:

Manuel Pereira Castanheira, de 21 anos, realizada em 12 de Maio de 1949, à requisição do Ex.º Sr Prof. Doutor Rocha Brito (4.ª M. H.).

Diagnóstico clínico: Tuberculose pulmonar. Cardiopatia congénita.

*Relatório macroscópico:*

1.º — Cadáver com a altura de 1,63 e peso de 60 quilos, com livores nas regiões de declive, e palidez dos restantes tegumentos, apresentando além disso tom cianótico dos lábios e orelhas, assim como hipocratismo digital.

2.º — Tuberculose pulmonar bilateral, do tipo úlcero-caseosa, com uma extensa caverna no lobo superior do pulmão esquerdo, de paredes irregulares e gangrenadas, contendo líquido purulento-hemático em grande quantidade. Presença na cavidade pleural do mesmo lado de líquido hemático na quantidade de 500 c. c. em parte proveniente da abertura da caverna por manobras de descolamento do plastron esterno-costal. Aderências pleurais resistentes bilaterais nas regiões correspondentes à face externa do lobo médio do pulmão direito e à parede superior do lobo inferior do pulmão esquerdo.

Peso dos pulmões: direito 1,020 grs.; esquerdo 770 grs.

3.º — Esplenomegália, tendo o baço o peso de 250 grs. com o parenquima em via de necrose.

4.º — Fígado sem alterações macroscópicas apreciáveis e com o peso de 1.220 grs.

5.º — Estômago com acentuado picotado hemorrágico da mucosa e intestinos sem alterações macroscópicas. Peritoneu sem lesões tuberculosas macroscópicas.

6.º — Rins de dimensões normais, com aspecto cardíaco, descapsulação fácil, vendo-se na cortical do rim direito pequenas cicatrizes de infartos. Peso dos rins: direito 140 grs., esquerdo 150 grs..

7.º — Glândulas endocrinas sem alterações dignas de nota.

8.º — Aparelho genital normal.

9.º — Congestão meníngea ligeira, difusa.

10.º — Coração — A descrição consta do texto deste trabalho.



mais anterior. *O calibre da artéria pulmonar, muito reduzido*, pode avaliar-se pelo perímetro da artéria que anda por 20 mm. junto da emergência. O tronco tem de altura 1,5 cm. aproximadamente. Logo depois se bifurca dando um ramo esquerdo cujo calibre é, pelo menos na parte distal, superior ao tronco que lhe deu origem. O ramo direito alarga também para o lado distal.

Do ramo esquerdo nasce *um canal arterial* perfeitamente identificável que reúne este vaso à face posterior e inferior da porção horizontal da crossa da aorta. Este canal arterial tem 1,5 cm. aproximadamente, e apresenta-se muito apertado na parte média, alargando-se para o lado da pulmonar e da aorta, tendo a abertura na aorta um diâmetro de 3 mm. aproximadamente. *Permeável*, mas de calibre extremamente reduzido.

## CONFORMAÇÃO INTERIOR

VENTRÍCULO DIREITO (Fig. 4):

Espessura da parede: 2 cm. em média.

Altura da cavidade: 9,5 cm..

Praticamente podemos descrever três paredes: uma parede anterior, uma posterior e uma interna.

A parede anterior dá origem a um pilar anterior grosso, bífido, cujas cordas tendinosas se vão inserir na valva anterior, mas não em toda a sua extensão. Um outro pilar, de menores dimensões, inserido na mesma face mais adiante e mais acima, dá origem a cordas tendinosas que se inserem à parte mais interna da valva anterior, ficando assim esta valva como que dividida em duas porções: uma parte externa e uma parte interna. A parte interna recebe ainda cordas tendinosas dum pilar interno que tem

a situação do pilar de Luscka. A' parede anterior, junto do vértice, imediatamente para dentro da inserção do pilar anterior, vai terminar uma grossa coluna de segunda ordem, cuja espessura vai decrescendo sucessivamente para o vértice, e que pela situação deve corresponder ao feixe arqueado. Para trás, desliga-se da parte posterior desta coluna carnuda uma outra que, pelo contrário, aumenta de espessura para baixo e se vai fixar à parede septal.

A primeira coluna carnuda (correspondente ao feixe arqueado) dá origem a dois pilares, um superior que pela situação supomos corresponder ao pilar de Luscka e que dá cordas tendinosas para a parte interna da valva anterior, dando também algumas cordas tendinosas para a parte interna da valva interna; outro inferior que por sua vez dá origem a cordas tendinosas que se inserem à valva interna.

*E' de notar que a parede anterior dá também origem a cordas tendinosas que se vão inserir à valva posterior.*

Da parede posterior nasce um pilar volumoso que depois se distribui em cordas tendinosas para a parte externa da valva posterior. A valva anterior é de dimensões muito superiores a qualquer das outras duas. Acima da inserção das valvas a cavidade ventricular toma um aspecto liso, e aparece-nos a emergência da aorta. O perímetro deste vaso é, à emergência, de 7 cm.. O orifício está guarnecido de três válvulas sigmoides cuja conformação e dimensões é perfeitamente normal; simplesmente a orientação delas é tal que uma é anterior e duas posteriores. No seio de Valsalva correspondente à válvula anterior vê-se a emergência da coronária anterior, e no lado posterior e inferior um orifício que corresponde a uma coronária acessória. Esta é, como tantas vezes temos observado em corações normais, a circunflexa esquerda que em lugar de emergir do tronco da coronária esquerda sai



directamente da aorta. O trajecto da artéria coronária esquerda parece ser aproximadamente normal.

No bordo superior do seio de Valsalva correspondente à válvula posterior e interna, apresenta-se o orifício de emergência da coronária posterior que neste exemplar se não pode chamar direita, visto que logo à emergência se inclina para o lado esquerdo, indo passar atrás do tronco da pulmonar até chegar ao sulco aurículo-ventricular do lado esquerdo. Infelizmente não foi possível seguir qualquer destes vasos em maior percurso.

Na parede septal encontram-se as duas grossas colunas carnudas a que atrás se fez referência. Acima da primeira coluna carnuda vê-se um largo orifício de *comunicação com o ventrículo esquerdo*. Este orifício admite perfeitamente um dedo indicador, e é limitado em baixo pelo pilar que reputamos equivalente ao de Luscka e respectivas cordas tendinosas, e em cima pelo bordo aderente da sigmoide posterior e interna. O bordo inferior, cujo limite pelo lado do ventrículo direito é como descrevemos, corresponde no entanto ao bordo superior da porção muscular do septo interventricular, e faz declive para o lado do ventrículo esquerdo. Do lado deste ventrículo encontra-se a face parietal da valva interna da válvula aurículo-ventricular esquerda que pela sua situação e dimensões parece obliterar este orifício, permitindo, é certo, a passagem no sentido direito esquerdo, mas opondo-se à corrente em sentido contrário. Ainda junto à parede septal, abaixo da inserção da válvula sigmoide anterior, encontramos novo orifício, este agora correspondente à emergência da artéria pulmonar. Pela sua situação na parte mais anterior do septo interventricular, este orifício abre-se numa espécie de divertículo do ventrículo direito, uma verdadeira câmara arterial da artéria pulmonar, relativamente isolada da câmara aórtica pelo feixe arqueado, pilar

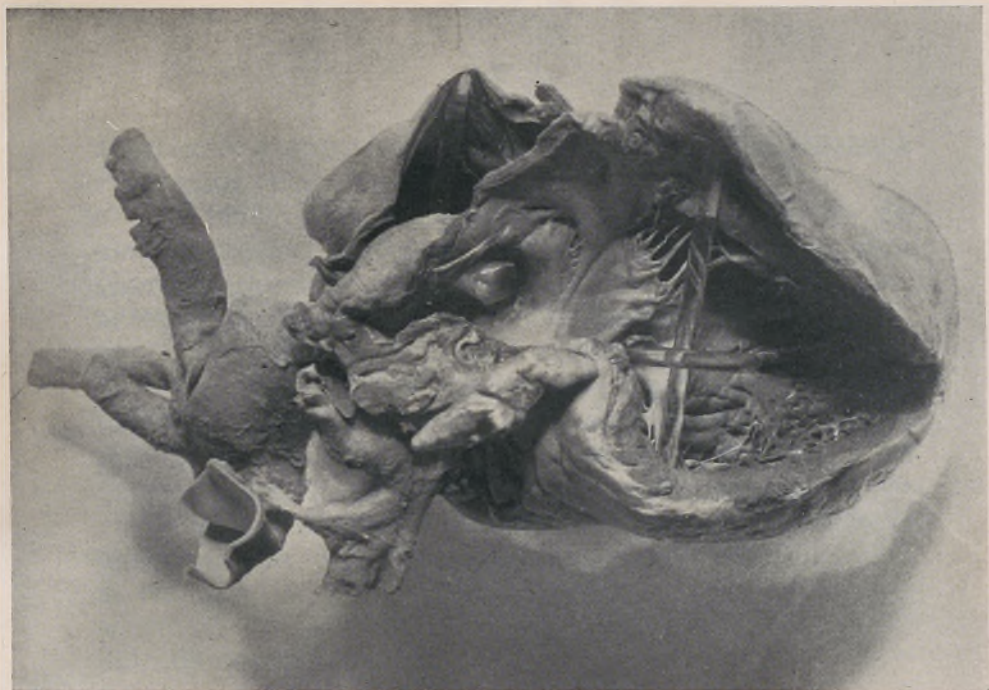


FIG. 5

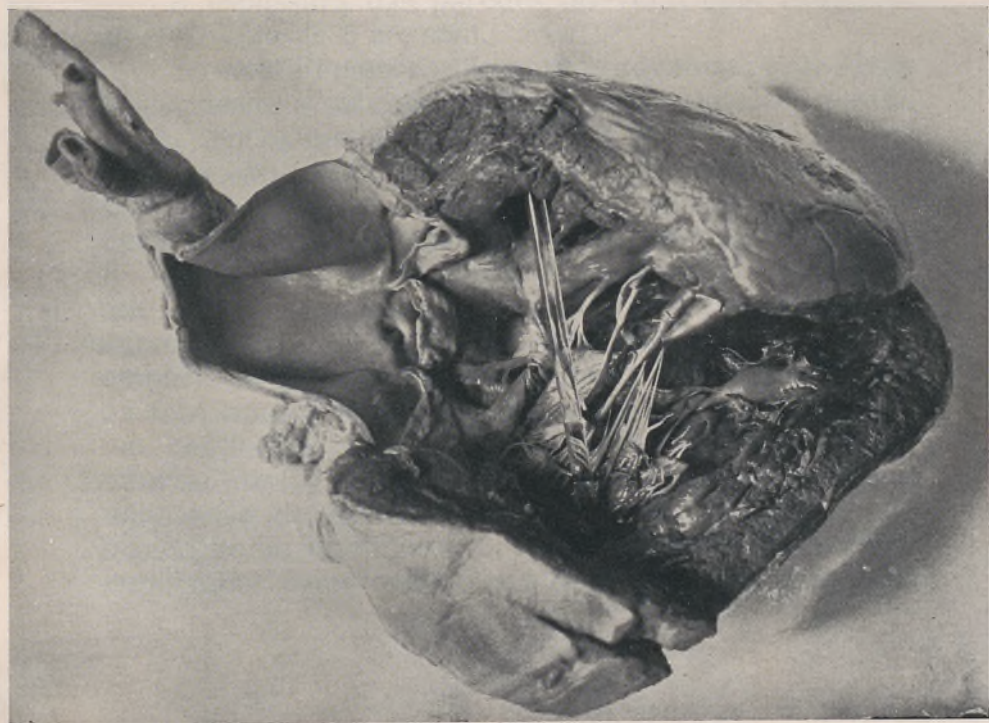


FIG. 4





anterior e respectivas cordas tendinosas. Esta câmara é anterior relativamente à câmara aórtica.

O orifício da artéria pulmonar é guarnecido de *duas válvulas sigmoides* que pela posição se podem chamar anterior e posterior, ou, mais rigorosamente, anterior esquerda e posterior direita. Este orifício fica acima dum grosso feixe carnudo horizontalmente disposto, que tem aproximadamente a disposição habitual do infundíbulo. Este feixe carnudo está aderente por o lado anterior à parede ventricular anterior, e na parte posterior à parede septal, correspondendo pela verdadeira cavidade ventricular direita à abertura já descrita que faz comunicar a câmara aórtica com a câmara pulmonar. Pode dizer-se que a válvula sigmoide anterior da aorta se insere a esse feixe pelo lado da câmara aórtica.

#### VENTRÍCULO ESQUERDO (Fig. 5):

A espessura das paredes do ventrículo esquerdo anda à volta de 6 a 7 mm.

As suas dimensões são muito reduzidas; a cavidade mede, desde a válvula aurículo-ventricular até à ponta, 4 cm., aproximadamente. Sob o ponto de vista da constituição geral, pode descrever-se a este ventrículo uma parede septal convexa, e uma parede que se lhe opõe anterior, esquerda e posterior, côncava, portanto. A forma da válvula aurículo-ventricular esquerda, que neste exemplar não merece a designação de mitral, afasta-se muito da normalidade. Os pilares, embora se possam descrever dois, inserem-se apenas na face oposta à face septal por uma base comum que um centímetro depois da sua origem na parede, se bifurca, dando um dos ramos de bifurcação, saída a uma série de cordas tendinosas (10-12) que se vão inserir no bordo livre duma valva grande, larga, a única importante deste orifício, a que podemos chamar, pela



sua posição, valva interna, cuja inserção parietal se faz num semi-círculo extenso, aproximadamente de 4cm.

A face parietal desta valva fica, como está dito, em face ao buraco de comunicação interventricular e parece que a contracção das cordas tendinosas obrigando-a a distender-se, faria a oclusão desse buraco.

A bifurcação externa deste pilar sobe ainda cerca de um centímetro, apresentando depois, no tópo, uma série de cordas tendinosas curtas que se inserem a um rudimento de valva que pela sua prisão à própria parede ventricular não deve desempenhar qualquer papel de oclusão.

Na parede septal, abaixo do orifício de comunicação inter-ventricular, existe uma coluna carnuda de segunda ordem que se dirige desde a parede septal até à parte anterior da outra parede onde se insere por três ou quatro feixes diferentes. Esta coluna, bem como a base donde se desliga, apresenta uma coloração esbranquiçada que contrasta com o resto da côr das paredes ventriculares.

#### AURÍCULA DIREITA:

A capacidade da aurícula direita é aproximadamente normal e pode dizer-se que no aspecto exterior desta cavidade se não traduz qualquer das anomalias deste coração.

Mas a sua abertura, mostra-nos, no septo interauricular, um grande buraco que admite perfeitamente o dedo polegar, *buraco de Botal*, cujas dimensões são, no entanto, restringidas por um septo membranoso, translúcido, em forma decrescente, cuja correspondência com o *septum secundum* de Born nos parece evidente, mas que não se desenvolveu completamente, obliterando apenas em cima, atrás e em baixo, essa larga comunicação inter-auricular.

A crista de His, nasce por baixo da válvula de Eustáquio, junto do seio da grande veia coronária percorrendo a face posterior da aurícula pelo lado externo do orifício da veia cava inferior, para vir terminar, circundando o orifício da veia cava superior, na face anterior da aurícula, junto ao septo, parecendo ser ela que forma o rebordo anterior do buraco de Botal.

Partindo da crista terminal, desliga-se uma prega membranosa que se insere à parede posterior da aurícula, por baixo do orifício da veia cava inferior e se dirige obliquamente para dentro e para baixo, até atingir o septo inter auricular por baixo da fossa oval, sendo possível segui-lo até à parte anterior do orifício aurículo-ventricular direito. Esta larga prega funciona ao mesmo tempo de válvula de Eustáquio e de válvula de Tebésio.

#### AURÍCULA ESQUERDA:

A cavidade auricular do lado esquerdo parece-me extremamente reduzida, mas a mutilação da peça, nesta região, não admite uma descrição mais pormenorizada.

Em resumo: as anomalias deste coração, podem enumerar-se por esta forma:

- Emergência da aorta no ventrículo direito;
- Atrésia da artéria pulmonar;
- Persistência do canal arterial;
- Comunicação interauricular;
- Comunicação interventricular;
- Hipertrofia do ventrículo direito;
- Anomalia de posição e numérica das sigmoides;
- Anomalia de origem e trajecto das coronárias;
- Configuração anómala das válvulas de Eustáquio e de Tebésio;
- Anomalia das válvulas aurículo-ventriculares.



\* \* \*

Ao interesse morfológico do caso, alia-se um grande interesse clínico, pois, 22 anos de existência, sobrevivendo a morte por uma tuberculose pulmonar, deixando presupôr uma possível maior sobrevida, é, de facto, coisa rara na literatura médica.

Na bibliografia que pudemos consultar, apenas encontrámos os casos de Knox e de R. Siekert que possam sofrer confronto, pelas idades, mas no caso de Knox, mulher de 22 anos, existia um único vaso emergindo dos ventrículos, intercomunicantes e não existia comunicação interauricular, e o de R. Siekert, mulher negra, de 23 anos havia separação dos dois vasos, ambos saindo do ventrículo direito, com comunicação interventricular, mas também sem comunicação interauricular.

Isto é: as anomalias cardíacas citadas, são bem menos profundas do que as do caso por nós descrito.

Todos os outros em que existia comunicação interventricular e interauricular, com emergência anómala dos vasos arteriais, pertenciam a crianças da primeira infância, ou a recém-nascidos.

\* \* \*

Sob o ponto de vista embriológico o exame dos factos observados e a sua interpretação, leva-nos a concluir que os processos morfogenéticos, conservam certa independência, apesar de simultâneos.

Assim, o crescimento do tubo cardíaco e a sua incurvação, tanto quanto a nossa análise pode concluir, não apresentam perturbação notável.

Se a anormal musculatura dos ventrículos e a forma globosa do coração parecem desmentir esta

afirmação, não temos dúvida em afirmar também que, tais anomalias, são de adaptação funcional e não do desenvolvimento.

Mas os processos de septação das cavidades e do bolbo arterial é que respondem quase totalmente pelos desvios encontrados no caso que descrevemos.

Com efeito; tanto a comunicação interventricular, como a interauricular tem a sua explicação em atrasos ou desvios dos processos de formação dos septos respectivos e, a anomalia de emergência das artérias, bem como o desequilíbrio dos calibres e anomalias das sigmoides correspondentes, estão relacionadas com a divisão longitudinal do bolbo arterial.

Mas se a explicação da comunicação interauricular nos parece clara, pela não formação total do «septum secundum» que depois da obliteração do «ostium primum» e resorção da parte média do «septum primum» se desenvolve do lado direito de este, avançando em forma de crescente para diante e para baixo, outro tanto não acontece com a comunicação interventricular, cuja génese pode ter várias modalidades.

Antes do aparecimento do «septum inferius» que há-de formar a «pars muscosa» do septo interventricular, já no canal auricular apareceram, dorsal e ventralmente, dois coxins endocárdicos cujo desenvolvimento há-de contribuir para a divisória das zonas fibrosas valvulares, originando pela sua soldadura, na parte média, o «septum intermedium» a que se fixa, em cima, o «septum primum» e mais tarde o «septum secundum».

Sabe-se, de facto, que o «ostium primum» é uma comunicação temporária que existe entre o bordo inferior do «septum primum» e o «septum intermedium».

Este bifurca-se, formando uma espécie de Y invertido, que pelo lado interno do ramo de bifurcação direito, vem tomar contacto com o bordo superior do «septum inferius».



Nessa altura e nessa parte, fica o septo interventricular completo, mas persiste ainda a abertura do bolbo arterial, abertura que torna comuns as duas cavidades ventriculares, já parcialmente separadas.

No entanto, na porção distal do bolbo arterial que se achata dorso-ventralmente, aparecem dois engrossamentos ou coxins endocárdicos que avançam um para o outro até formarem uma separação que progride da porção distal para a proximal, mas descrevendo uma meia volta de hélice: esta separação constitui o «septum aorticum».

Simultaneamente, na porção proximal do bolbo mais quatro engrossamentos endocárdicos dão origem às quatro sigmoides primitivas.

O «septum aorticum», caindo, finalmente, nas sigmoides laterais divide-as dando lugar à formação das sigmoides aorticaes e pulmonares ao mesmo tempo que as artérias se separam, com a sua posição definitiva.

E' de notar que o «septum aorticum» não pára o seu crescimento, ou melhor, no período involutivo do bolbo aórtico que formará o infundíbulo, esse septo, encontra finalmente o «septum inferius» e o «septum intermedium» obliterando-se consequentemente, a comunicação interventricular que ainda existia.

Isto é; a comunicação interventricular, de harmonia com o parecer dos mais reputados morfogenistas, pode existir:

- a) Por falta de coalescência do septo intermédio com o septo inferior;
- b) Por falta de coalescência do septo aórtico com o septo inferior;
- c) Por falta de coalescência do septo aórtico com o septo intermédio.

No nosso caso não nos parece haver dúvida relativamente ao processo de septação do bolbo aórtico que sofreu profunda interferência por forma a tornar tão desiguais os vasos respectivos.

E essa desigualdade é bem flagrante não só pelo calibre, mas pelo facto de a aorta ter as suas três válvulas sigmoides de dimensões normais, e a artéria pulmonar, apenas duas e de menores dimensões.

A rotação do septo aórtico não deve ter sido completa, por forma a que uma das sigmoides laterais não foi cindida, tendo a divisão recaído numa delas. Daí as 5 válvulas sigmoides e daí também a pequena diferença de posição das duas artérias, relativamente ao plano frontal.

A progressão helicoidal do septo aórtico prejudicada, deu como consequência a falta do enrolamento normal da aorta pela meia volta de espira da pulmonar.

E ainda, em virtude do deficit de rotação do septo aórtico, se pode concluir que a sua chegada ao septo inferior e ao septo intermédio, não se efectuou em orientação favorável para que a soldadura e a continuidade se fizesse em toda a extensão dorso-ventral, por forma a fazer a separação total das cavidades ventriculares.

A falta da fusão das três porções de que se compõe o septo interventricular deu como consequência a existência da larga comunicação interventricular e a posição da valva interna da válvula auriculo-ventricular esquerda (a que neste caso se não pode chamar mitral), quase obliterando essa comunicação, mostramos que o septo intermédio não é estranho à existência dessa comunicação.

Sob este ponto de vista, o caso de I. Alfandary, é bem demonstrativo do papel que o septo intermédio pode desempenhar na existência de aquela anomalia: registam-se aqui as palavras do autor referentes ao caso descrito que diz respeito a um prematuro de sete meses, nado vivo: «Do lado dos ventrículos, verifica-se primeiro que o septo interventricular é bem constituído em toda a parte que deriva do septo interventricular primitivo.



A parte do septo que deriva do septo do bolbo arterial, é igualmente bem formada. Pelo contrário, existe, atrás uma comunicação entre os dois ventrículos. Através deste orifício, passa uma membrana fibrosa, espécie de veu que se continua sem transição, à esquerda com a grande valva da mitral, à direita com a valva anterior da tricúspida.»

Julgamos pois que na génese das comunicações interventriculares, tem por vezes, um papel decisivo, conjugado com um deficit de rotação do septo aórtico, a atresia ou vício de formação do septo intermédio.

Na disposição invulgar das artérias coronárias, há que distinguir a existência de uma terceira coronária, facto banal em corações normais, do trajecto anómalo da coronária posterior que deve ter sido influenciada, no desvio, pela anormal septação, orientação e absorção do bolbo aórtico.

A valva externa da válvula aurículo-ventricular esquerda, está reduzida, como se disse, a uma lâmina fibrosa, aderente à parede ventricular o que demonstra a sua ineficiência e, o desenvolvimento da valva interna parece, em nossa opinião, ser mais devido à função de obliteração da comunicação interventricular, do que à necessidade de oclusão do orifício aurículo-ventricular. Se este orifício houvesse de encerrar-se, na viciosa circulação deste indivíduo, decerto a valva externa seria adaptada à função e não destituída dela.

Não nos foi dado, infelizmente, averiguar se existiam ou não, anomalias vasculares.

Quase todos os autores as citam em casos desta natureza e, por exemplo, no caso de Zimmermann, não existência de artéria pulmonar, saíam da porção torácica da aorta, três grossos ramos a que o autor chama artérias pulmonares, mas que, morfológicamente deve-

riam antes chamar-se artérias brônquicas, uma para o pulmão esquerdo e duas para o direito.

Manifestamente, estas artérias resumiam a circulação nutritiva e a funcional, processo pelo qual se supriu a inexistência de artéria pulmonar. Temos a convicção que o doente a que diz respeito o coração descrito, deveria também ser portador de qualquer disposição que compensasse, ao menos parcialmente, o déficit de débito da artéria pulmonar atrésica, mas tudo o que possa dizer-se sobre a modalidade circulatória no caso descrito, é apenas do domínio conjectural.

Nem por isso, em nosso entender, o caso deixa de merecer menção, pelo valor clínico e morfológico.



## RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent le cœur d'un individu de sexe masculin qui est mort à l'âge de 22 ans avec des lésions de tuberculose pulmonaire bilatérale.

Les anomalies observées ont été les suivantes :

- Origine de l'aorte dans le ventricule droit.
- Atrésie de l'artère pulmonaire.
- Persistance du canal artériel.
- Communication interauriculaire.
- Communication interventriculaire.
- Hypertrophie du ventricule droit.
- Anomalie de position et numérique des valvules sigmoïdes.
- Anomalie d'origine et de trajet des artères coronaires.
- Conformation anormale des valvules d'Eustache et de Thébésius.
- Anomalie des valvules auriculo-ventriculaires.

L'interprétation morphogénétique de ces anomalies, bien qu'offrant des difficultés, peut-être réduite aux processus de septation des oreillettes, des ventricules et du bulbe artériel, l'arrêt de développement du « septum secundum » et la rotation incomplète du « septum aorticum » étant évidents. Quant à la communication interventriculaire, les auteurs croient qu'elle peut être non seulement attribuée à un défaut de coalescence du septum aortique et du septum inférieur, mais que le septum intermedium doit également être inclu dans le genèse de cette communication.

## SUMMARY

The following is the descriptive study of the heart of a man, who died at the age of 22, of bilateral T. B. lungs.

The authors describe the following abnormal findings:

Aorta emerged from the right ventricle;

Atraesia of pulmonary artery;

Persistence of arterial canal;

Interauricular communication;

Interventricular communication;

Hypertrophy of right ventricle;

Abnormal position and number of semilunar valves;

Abnormal origin and distribution of coronary arteries;

Abnormal aspect of Thebesian and Eustachian valves;

Abnormal auriculo-ventricular valves;

The morphological interpretation, of the above mentioned abnormalities is somewhat difficult. The alteration of the process of septal division of auricles, ventricles and bulbs cordis seems to be responsible.

The evidence of lack of development of septum secundum and the incomplete rotation of septum aorticum is patent.

The authors believe it to be due to lack of coalescence of septum aorticum and septum inferior; the intermediary septum must be involved in the genesis of this communication.



## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALFANDARY — *Hydramnios avec malformations cardiaques*. Bull. Mém. Soc. Anat., 1924.
- ALFANDARY, I — *Sur la persistance du sinus veineux chez le fœtus humain*. Arch. Anat. Hist. Embr., VII, 1927.
- BAPTISTA, B. V. — *Contribution à l'étude des anomalies du coeur. Un cas de vraie transposition des artères de la base du coeur*. An. Anat. Path., 10, n. 9.
- BEAU, A., WEBER, P. — *Etude anatomique avec considerations embryologiques sur un cas de disposition anormale des vaisseaux de la base du coeur*. Arch. Anat. Hist. Embr., xv.
- BLACKHALL-MORISON, A. — *Cardiac malformation with vascular anomalies*. J. Anat., 62.
- *Case of cardiac malformation*. C. R. Assoc. Anat., 22 reunião, Londres.
- BROWN, J. — *Enfermedades cardiacas congénitas*. Buenos Aires, 1948.
- CHLYVITCH, B — *Cas de veine cave supérieure gauche avec persistance du segment transverse et de la corne gauche du sinus reuniens. Embouchure de la veine sus-hépatique gauche dans l'oreillette droite*. An. Anat. Path., IX, n. 9.
- COSTA, A. CELESTINO DA — *Éléments d'Embryologie*, Paris, 1938.
- DUBREIL, G. — *Embryologie Humaine*, Paris, 1947.
- FINLEY, K. H. — *A congenital anomaly of the heart (truncus arteriosus communis with subacute endocarditis)*. Amer. Journ. Path., 6, 1930.
- GRANT, J. C. BOILEAU — *A method of anatomy*. Baltimore, 1948.
- GRAY — *Anatomy descriptive and applied*. London, 1926.
- GUNN, F. D., DIECHMANN, J. M. — *Malformations of heart including two cases with common atrioventricular canal and septum defects and one with defect of the arterial septum (Cor trilobular biventriculosum)*. Amer. Journ. Path., 3, 1927.
- HARRIS, H. A., GRAY, S. H., etc. — *The heart of a child aged twenty-two months presenting an anomalous vein from the pulmonary auricle to the right internal jugular vein, transposition of the great vessels and left superior vena cava*. Anat. Rec., 36, 1927.
- *The heart of a child aged nineteen months presenting right and left aortic arches, with multiple anomalies of the heart and great vessels*. Anat. Rec., 36, 1927.
- HU, C. H. — *Congenital malformation of heart with anomalous insertion of pulmonary veins, absence of spleen, situs inversus of abdominal viscera and other developmental errors*. Amer. J. Path., 5, 1929.
- ISTVAN, G. — *Two of the rarer congenital anomalies of the heart*. Amer. Journ. Path., 5, 1929.
- LESBRE, F.-X. — *Précis d'Anatomie comparée des animaux domestiques*. Paris, 1923.

- LUBERSCH, FHENKE und O — *Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie*, II, Hertz und Gefäße, Berlin, 1924.
- MADEIRA PINTO — *Aspectos actuais da Clínica das Cardiopatias Congénitas*. In *Aquisições recentes de Angio-Cardiologia*. Ciclo de lições promovido pelo Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra. Director, Prof. JOÃO PORTO).
- MOTTA, C. — *Tronco arterioso comum permanente com endocardite chronica fetal*. An. Fac. Med. S. Paulo, 7, 125.
- PARREIRA, H. BRITES, G. — *Deux cas d'anomalies cardiaques avec cyanose congénitale*. Bull. de la Soc. Portug. des Sc. Natur., VII, 1916.
- PEREIRA, ROCHA — *Tetralogia de Fallot*. Arq. de Clin. Médica., IV, 1944.
- PORTO, JOÃO — *Troubles du rythme sinusal chez un malade avec cardiopathie congénitale et situs inversus total*. Arch. des Malad. du coeur, 56, 1938.
- PORTO, JOÃO e AZEVEDO, ANTUNES DE — *Sobre um caso de aperto e insuficiência do orifício da artéria pulmonar*. Coimbra Médica, Vol. IV, 1937.
- SIEKERT, R. G. — *An anomalous human heart. The left subclavian artery arising from a patent ductus arteriosus together with other defects. Three figures*. Anat. Rec., 103, 1949.
- TESTUT, L. Lатарjet, A. — *Traité d'Anatomie Humaine*, II.
- VALENTI, G. — *Trattato di Anatomia Umana*, Milano.
- VELLUDA e DRAGULESCU — *Un cas de communication interventriculaire, compliquée d'une origine commune de l'artère pulmonaire et de l'aorte du ventricule gauche*. Archives d'Anatomie, d'Histologie et d'Embryologie, Vol. XXV, 1938.
- ZIMMERMAN, H. M. — *A congenital anomaly of the heart: Truncus arteriosus communis*. Amer. Journ. Path., 3, 1927.





# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XXIV

N.º 2

## SUBSÍDIOS PARA A HISTÓRIA DA ANATOMIA EM COIMBRA

POR

MAXIMINO CORREIA

Professor de Anatomia da Faculdade de Medicina de Coimbra <sup>1</sup>

É com Guevara que os estudos de anatomia têm o seu início em Coimbra. A história deste anatómico, ainda que controvertida em alguns pontos, está feita pelo Prof. Serrano e pelo Dr. Teixeira de Carvalho.

Espanhol de nascimento, tendo estudado dois anos na Itália parece ter tomado o grau de licenciado na Universidade de Siguenza e depois nomeado catedrático de anatomia para a Universidade de Valladolid.

D. João III, animado das melhores intenções para reformar e elevar ao nível das nações estrangeiras os estudos manifestamente decadentes, não hesitou em convidar vários professores estrangeiros para a Universidade e mesmo para os chamados estudos menores.

Guevara pertenceu ao número dos estrangeiros que nos foram úteis <sup>2</sup>.

Aceitando o convite de D. João III, Guevara apa-

---

<sup>1</sup> Estes elementos foram incluídos numa Conferência, realizada pelo Autor, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em Maio de 1924.

<sup>2</sup> Em ciência e no ensino. Recentemente o Senhor Prof. Queirós Veloso provou que Guevara desempenhou actividades antinacionais, a soldo de Castela.



rece-nos em Coimbra em Junho de 1556 munido das provisões reais que o nomeavam para lente de uma cadeira de medicina juntamente com a anatomia. No mesmo dia em que se apresentou tomou posse, mas não começou a ler imediatamente, tendo partido para Lisboa, onde se demorou perto de seis meses. Só em Dezembro é que começou a leitura. Do que foi o curso de medicina e principalmente o curso prático de anatomia podemos avaliar pela importância em que ele era tido, assistindo não só os alunos do curso, mas ainda os das outras cadeiras de modo que houve de resolver, em Conselho, que esses estudos práticos se fizessem à quinta-feira, dia em que não havia aulas, podendo Guevara aproveitar para descanso qualquer outro dia da semana.

Não foi longa a permanência de Guevara em Coimbra. Tendo feito diversas viagens a Lisboa e tendo sido encarregado, ao que parece, de organizar o estudo de anatomia e cirurgia no Hospital de Todos os Santos, por D. João III, muda-se definitivamente para a capital em 1561, onde nos aparece como físico do Hospital de Todos os Santos e encarregado de praticar os estudos anatómicos.

A opinião do Dr. Teixeira de Carvalho de que Guevara deve ter sido quem inspirou o alvará criando o ensino de anatomia e cirurgia no Hospital de Todos os Santos é fundamentada na analogia da criação do mesmo ensino, e nos mesmos moldes, na Universidade de Coimbra. E se repararmos na data do alvará referido, 20 de Novembro de 1556, e nos lembrarmos da partida de Guevara para Lisboa logo imediatamente à posse em Junho do mesmo ano, recordando que só assumiu a regência em Dezembro, como está demonstrado, somos forçados a concluir que o alvará viu a luz do dia estando Guevara em Lisboa. Parece-me pois bem versomil a hipótese formulada pelo Dr. Teixeira de Carvalho.



A criação da cadeira de cirurgia na Universidade de Coimbra segue, a pequena distância, a do Hospital de Todos os Santos. Com efeito; ainda no ano lectivo 1556-57 foi resolvido em Conselho que o licenciado Afonso Rodrigues de Guevara, lente de anatomia, lêsse uma lição extraordinária de cirurgia; mas esta resolução, fundamentada num pedido de Guevara, não tinha a sanção do Rei. Guevara volta de novo a Lisboa e consegue, apesar da confusão dum princípio de reinado, pois D. João III falecera meses antes, trazer a provisão que o nomeava para a nova cadeira de cirurgia com o vencimento de 20\$000 anuais. Imediatamente lhe foi dada a posse e o Conselho resolveu indicar para livro de leitura o livro de Guido de Chauliac ou o de João de Vigo, à escolha de Guevara. Tudo o que se pode apurar no desempenho de Guevara na sua missão de professor é que foi duma irregularidade enorme.

As sucessivas idas a Lisboa e até uma ida a Castela, em Julho de 1558, desviaram-no frequentes vezes do serviço em que, no entanto, conseguiu interessar tanto os seus ouvintes que ia a ponto, como já referi, de roubar os alunos aos outros professores.

¿Quais as determinantes que levaram Guevara para Lisboa?

Desejoso de exercer a sua actividade num maior meio e provàvelmente solicitado por alguém, Guevara decidiu-se a abandonar Coimbra onde no entanto fez imprimir o seu livro, defendendo Galeno, em 1559<sup>1</sup>.

Já neste livro ele nos aparece com o título de «Físico da Rainha» e chegou a gozar na côrte de tamanha fama que tendo adoecido um mestre de D. Sebastião

---

<sup>1</sup> Alphonsi / Rod. de guevara / Granatensis, / In Academia Conimbricensi rei medicae / professoris, & Inclitae Reginae medici / physici in pluribus ex iis quibus / Galenus impugnatur ab Andrea Vesalio Bruxelēsi / in cōstructione & usu / partium corporis / humani de / fensio: / Et nonnullorum quae in anatome deficere / videbantur supplementum. / Conimbricae. / Apud Ioan Barrerium Tysographū Regium. / MDLIX



Luis Gonçaves da Câmara e «estando em perigo de lhe cortarem um braço ou morrer» foi solicitada ao Conselho, autorização para Guevara se ausentar mais uma vez para Lisboa afim de tratar do doente <sup>1</sup>.

¿Que admirava, pois, que Guevara fosse bem acolhido em Lisboa quando assim era apreciado na cõrte? Fõsse como fõsse, Guevara foi provido como físico do Hospital de Todos os Santos em Outubro de 1561 e encarregado dos trabalhos anatómicos sem embargo da provisão que mandava o licenciado Pedro Lopes Cardoso fazer os mesmos trabalhos na ausência de Eduardo Lopes, o primeiro provido.

¿Guevara voltou a Coimbra? Pouco mais se sabe da vida do illustre anatomista. Sabe-se que acompanhou D. Sebastião em 1578 e que nem morreu nem ficou prisioneiro em Alcácer Quibir. Mas a darmos crédito a alguns bibliógrafos nacionais e estrangeiros Guevara era ainda vivo em 1562, data apontada ao livro que lhe é attribuído, «*De re anatomica*». A ser verídica a existência da obra, Guevara deve ter voltado a Coimbra onde ela teria sido impressa. Mas é extraordinário que os historiadores espanhois nem sequer lhe façam a mais ligeira referência quando é certo que, ao menos em Espanha, algum exemplar devia aparecer. A única referência concreta que se conhece é aquella que faz Camilo Castelo Branco no *Regicida*.

Domingos Leite Pereira na noite de nupcias sentindo-se desfalcado em quaisquer attributos da esposa, corre ao seu amigo Estevam de Lima, boticário do Hospital Real. Este, posto ao facto da ocorrência, procura nos livros uma explicação que sossegue o espírito de Domingos Leite. A explicação almejada é encontrada no livro de Guevara «*De re anatomica*», a página 484, columna I: Mas, Camilo não a reproduz

---

<sup>1</sup> Esta petição foi apresentada pelo irmão do doente em Conselho extraordinário que se realizou em 26 de Fevereiro de 1560.

em atenção às damas que se dispensam de saber anatomia. Suponho, no entanto, que Guevara a dar tal explicação deve ter tido conhecimento do que fôsse um himen complacente<sup>1</sup>.

E assim passou Guevara por Coimbra. Da natureza dos seus trabalhos anatómicos ignora-se tudo, ou quase. Que fez trabalhos de dissecação é indubitável, mas se os fez em cadáveres humanos é que não há a certeza, sendo no entanto muito verosímil que assim tivesse sido, dado o enorme interesse que eles despertaram. Nas ausências repetidas, Guevara foi substituído na regência da Anatomia e mesmo de Cirurgia por Francisco Lopes e Tomás Nunes.

\* \* \*

Quem sucedeu a Guevara na regência da cadeira de Anatomia? Consultando as listas dos professores de Anatomia de Coimbra que têm sido publicadas não vemos apontado o nome do Dr. Rodrigo Reinoso, também espanhol, também chamado a Coimbra por D. João III e, no entanto, um alvará régio, dirigido ao corregedor da comarca de Coimbra, manda entregar ao Dr. Rodrigo Reinoso «os corpos dos que nela fossem justicados que ele pedir para a anatomia, sendo de pessoa de que por isso não siga escandalo», e o prof. Teófilo Braga, aponta-o como fazendo ainda as disseções humanas em 1596. É efectivamente até esta data que se encontra a lacuna deixada pela abalada de Guevara sem que todavia nós possamos afirmar com segurança a regência de Rodrigo Reinoso.

Em 1601 era provido na cadeira de anatomia o Dr. João Bravo Chamiço, mas desde 1597 que a regia

---

<sup>1</sup> Actualmente temos a convicção de que Guevara nada mais publicou em Portugal. Vid. Maximino Correia — Guevara e o livro «De re anatomica», in Estudos de morfologia. Homenagem ao Professor J. A. Pires de Lima.



interinamente. É o que se deduz duma petição em que Bravo Chamiço diz: que há 14 anos lê a dita cadeira de anatomia e que é datada de 1611. Por largos anos, 18 aproximadamente, regeu anatomia o Dr. Bravo Chamiço, mas da sua acção como professor desta cadeira pouco ou nada consta.

Sabe-se que publicou um livro respeitante à cirurgia, que acumulou com anatomia, em 1605, intitulado «*De medendis corporis malis per manualem operationem*»<sup>1</sup> onde demonstra uma certa erudição a par das mais ingénuas credices. Mas se a acção de Bravo Chamiço no domínio científico foi fruste já não podemos dizer o mesmo da sua actividade no meio social.

Sabe-se que em 1610 era este professor vereador da Câmara de Coimbra, por eleição universitária e que levantou uma questão com o Colégio das Artes, que ficou célebre.

Instituído por D. João III o Colégio das Artes, tinha um corpo docente quase exclusivamente formado por padres estrangeiros conhecidos pelos Franchinotes. Não tardou que o Colégio das Artes fosse absorvido pelo Colégio de Jesus, pertença exclusiva dos jesuítas e que, alargando o âmbito da sua acção, viesse a impôr-se à própria Universidade parasitando-a nas suas rendas, como foi mesmo determinado por D. Catarina, logo após o falecimento de D. João III.

Daqui a má vontade da maioria do professorado universitário contra os jesuítas do Colégio das Artes. Bravo Chamiço no lugar de vereador, possivelmente

---

<sup>1</sup> Ioannis Bravo / Chamisso D. / Medici, Medicinae, / et Anathomia / in Conimbricensi Academia / Professoris. / De medendis corporis malis per manualem operationem. / Tomus Primus. / Ad Illustrissimum Dominum Alfonsum Furtado de Mendoça Conimbricensis / Academiae olim Rectorem meritissimum, nunc vero in Supremo Sacrae / Philippi Maiestatis Senatu Consiliarium. /

Conimbricae, / Typis Emmanuelis de Araujo Regii Vniversitatis Architypographi / excussum. Anno Domini 1605 / Cum licentia & facultate sanctae In. quisitionis Senatus: / ordinarii

encarregado do pelouro da Higiene, escreveu um relatório no qual alegava que as «fóssas do Colégio das Artes, pela situação deste, no alto da cidade, puluíam os ares, originando epidemias e despovoando o Bairro de S. Salvador: que os jesuítas mandavam lavar a roupa suja no Mondego, meia légua a montante da cidade, de modo que a água vinha inquinada para a população», e um sem número de argumentos mais, adubados com referências sangrentas à rapacidade dos jesuítas que são *como o cabelo na água que se torna víbora* e que albergando-se, a princípio, em casas velhas eram hoje senhores de quase toda a cidade alta.

Esta catinária originou uma devassa, mas a astúcia dos adversários ia invertendo os papéis, transformando-se de acusados em acusadores. Conseguindo quatro relatórios médicos elaborados por colegas de Bravo Chamiço, os jesuítas não só ficaram ilibados de toda a culpa, mas quiseram que Chamiço fosse preso como difamador. No entanto parece que o processo não teve andamento tendo ficado arquivado na história com o significativo rótulo de *Processo das Cloacas*.

\* \* \*

Com tanto entusiasmo iniciados e acolhidos, os trabalhos anatómicos e cirúrgicos, em breve decaíram. Bastariam as dissidências levantadas entre a Universidade e o Colégio das Artes, que cada vez mais avolumava a sua prepotência, para encontrarmos uma explicação dessa decadência; mas, se recordarmos todos os desastres internos que se sucederam, até ao maior de todos, a perda da independência, teremos de concluir que a desorganização que lavrava não era senão o reflexo do mal geral. Os estudos médicos e de jurisprudência estiveram instalados durante alguns anos no local onde mais tarde se erigiu o convento da



Estrela, numa casa que era pertença do próprio reitor<sup>1</sup>. Mais tarde D. João III cedeu o paço real, mandando instalar aí os diversos estudos e concedendo verba para as obras necessárias para a adaptação. Pois Felipe II de Espanha passou ordem de despejo à Universidade e de tal modo a ameaçou que teve de ser comprado por trinta mil cruzados aquilo que era sua pertença legítima por doação de D. João III. Os cofres universitários ficaram exaustos, as obras foram sustadas e só muito mais tarde, depois da restauração, elas puderam ser continuadas, como aconteceu com a sala dos Capêlos e com a Biblioteca, que só no reinado de D. João V poudeser concluída. Se acrescentarmos a isto a repugnância de quase toda a gente pelas disseccções, mas especialmente num tempo em que elas eram tidas como uma profanação e condenadas pela Igreja, que admira que tanto tivessem que sofrer as ciências anatómicas? Na mesma época em Paris, quando Ri lan começou o seu curso perante um cadáver que ia dissecar, o teatro anatómico foi súbitamente invadido por gente, que, cheia de cólera, agrediu os circunstantes e levou o cadáver, arrastando-o pelas ruas. No entanto, em Coimbra, dissecavam-se cadáveres humanos mesmo antes dessa época, como se demonstra pelo alvará mandando ceder a Reinoso os cadáveres dos justicados e ainda pelos estatutos de 1612, onde era determinado que fossem entregues os cadáveres provenientes do hospital para «neles se fazer a anatomia como se usa em Salamanca, porque as que se fazem em outros sujeitos não são de consideração.»

Apesar disto, é verosímil que estas ordens não fossem integralmente cumpridas. Pelos modos o relaxamento do professorado era grande e apontavam-se

---

<sup>1</sup> A este propósito, Vide — Rocha Brito — As primeiras disseccções humanas na Universidade de Coimbra. O primeiro Teatro Anatómico. *Folia Anatomica Vniversitatis Conimbricensis* Vol. xvii-1942.



factos graves a alguns professores e mesmo até ao restante pessoal da Universidade. Devo notar, entretanto, que a intriga lavrava com grande intensidade no meio coimbrão, principalmente favorecida pela infeliz disposição de D. Sebastião, que criou o chamado *Partido dos Médicos*.

Caíam na côrte frequentes queixas contra médicos que eram apodados de cristãos novos. D. Sebastião, provavelmente cedendo a diversas pressões, assinou uma carta de lei pela qual se determinava que «houvesse sempre na Universidade trinta estudantes cristãos velhos de boas partes e calidades que estudassem a medicina e cirurgia.» Estes trinta estudantes eram pensionados avultadamente para a época, pois recebiam 20\$00 anuais.

Era a concessão destes partidos sujeita ao critério dalguns professores, donde resultou em breve um sem número de queixas, de rumores de subôrno, da parte dos descontentes. E todavia a votação na concessão dos partidos excluía os professores que justa ou injustamente, eram acusados de cristãos novos. O certo é que estas causas, conjuntamente com outras entre as quais avulta ainda a velha instituição da Físicatura, pela qual desde 1546 o Físico-mór do Reino podia, mediante um exame sumário e um estipêndio do candidato, passar cartas para poderem exercer a arte de curar; tudo isto, contribuiu para enfraquecer poderosamente o prestígio e o trabalho da Faculdade de Medicina. É certo porém, que os médicos assim feitos eram o objecto dos epigramas de muitos que os alcunhavam *médicos* ou *curandeiros idiotas*, *cirurgiões romancistas*, *mata-sanos* e *incha-corvos*, mas conseguiam fazer uma séria concorrência aos diplomados, a que houve de se pôr côbro.

Por isso Diogo de Murça, reitor da Universidade de Coimbra dirigiu ao rei em 1550 uma exposição em que pondera estes inconvenientes nos seguintes ter-



mos: «Os estudantes de medicina se vão os mais deles graduar de bachareis a Salamanca e isto como tem dois ou três anos de medicina o que fazem pelo favor que têm do Físico-mór o qual lhes passa cartas para poderem curar ainda que não sejam aqui graduados e a muitos as passam que nem aqui nem em outras partes são graduados: enquanto o Físico-mór isto fizer V. Alteza não tem Faculdade de Medicina em Coimbra e muito poucos são o que perseverem até ao cabo do seu curso donde nascem os físicos que chamam mata-sanos e incha-corvos que não sabem coisa alguma. Muito grande serviço de Deus seria o de V. Alteza a bem destes reinos o Físico-mór receber satisfação do interesse que nisto lhe vai se com direito pode haver e cessar de usar desta maneira de passar cartas a pessoas indoutas e não graduadas em que só os graduados de Coimbra curassem no reino conforme a lei que V. Alteza sobre isso tem feito.»

No entanto, apesar destas judiciosas palavras, onde se vislumbra uma certa ironia, aliada à melhor diplomacia, não querendo lesar os legítimos interesses do Físico-mór, só muito mais tarde o predomínio da Faculdade foi estabelecido e se conseguiu reduzir a autoridade da fisicatura preferindo nos concursos os diplomados por Coimbra. Destas múltiplas causas que venho apontando só podia resultar o enfraquecimento da Faculdade e uma decadência que se foi acentuando de ano para ano.

Principalmente os escandalos pela concessão dos partidos eram tais, e tais rumores provocaram, que constituíram talvez a principal determinante da memorável devassa de 1619 levada a efeito por D. Francisco de Menezes, reitor da Universidade. Por essa devassa adquirimos conhecimento do estado de degradação a que tinham chegado o ensino e os professores.

As acusações mais graves apareceram em vários depoimentos.



O estudante Manuel de Almeida afirmava que «o Dr. Martim Gonçalves não faz as anatomias nem gerais nem particulares a que é obrigado na forma do estatuto e que só uma lhe viu fazer aqui o ano passado em um carneiro.»

Muito graves acusações eram dirigidas também ao antigo professor de Anatomia, à data já lente de véspera, Bravo Chamiço.

Do depoimento dum outro estudante de medicina João Rodrigues consta que «o Dr. Bravo Chamiço lente de Véspera de medicina não lê a proveito dos ouvintes: porque dá a escrever todo o tempo da sua lição que é hora e meia e com tanta pressa que se não pode tomar sem muitas faltas e não explica: e dá a escrever muitas coisas desnecessárias: e não se põe à porta para responder às dúvidas que lhe moverem na forma do estatuto: e se lhas propõem não quer responder a elas: e que era público e notório entre os ouvintes isto tem dito e que há três anos que lê o nono AD ALMAN-SORUM, e que já dantes diziam que ele o lia: e assim o não tem acabado no tempo que se lhe devia limitar para isso: e nesta mesma postila se refere a muitas coisas que se tem dado há anos de que os médicos não podem ter notícia e lhes diz que se o quizerem saber que o vão lá buscar: e alguns nomes que não entendem roçando-lhes os discípulos com os pés para que as declare lhes diz uma coisa por outra como salvatela que é uma veia, pateando-se-lhe para que o declarasse respondeu que era Salvaterra junto a Santarém e outras respostas muito semelhantes a esta: e que os seus discípulos se queixam dele e do seu ruim modo com que os tratavam».

Por este depoimento se verifica que o Dr. Chamiço usava o processo dos apontamentos, mas também se conclui da má vontade do depoente.

O costume de roçar os pés no soalho e de dar pateada era talvez a única manifestação que se permitia



ao estudante, dentro das aulas, e tinha significado diverso conforme as circunstâncias. Algures li que, quando D. Sebastião foi recebido na Universidade, os estudantes o acolheram com uma pateada com a qual o «soberano se turbou» tendo serenado, no entanto, com a explicação que imediatamente lhe foi dada.

Não é verosímil que Chamiço ignorasse o que seria a veia salvatela. O próprio depoente parece insinuar que o professor se permitia fazer «blague» com os discípulos: e isso é tanto mais provável quanto é certo que era conhecida a feição chocarreira e maldizente do acusado já tão posta em evidência no processo a que aludi.

Somos pois chegados a um período em que a história da medicina em Coimbra, e especialmente a da anatomia já não pode ser conhecida senão pelo que ela teve de decadente. Assim o nome do sucessor de Chamiço, Martim Gonçalves, que parece ter regido anatomia desde 1615 a 1619, data da devassa, só ficou consignado na história, por não cumprir os seus deveres de professor dissecando os cadáveres humanos, perante os seus discípulos.

Dos professores seguintes são escacíssimas as informações que podemos colher. Assim afastado da regência da anatomia, o Dr. Martim Gonçalves, parece ter passado esta cadeira a ser regida pelo Dr. Manuel de Abreu, conforme se conclui duma petição deste professor em que alega que, «com muito proveito dos ouvintes, está lendo a cadeira de anatomia que é das maiores e em que há matérias mui necessárias e difíceis». Esta petição é datada de 1620 o ano seguinte ao da devassa pelo qual Martim Gonçalves Coelho deve ter sido afastado.

Nas listas dos professores de anatomia publicadas até hoje não figura este nome mas é indubitável que Manuel de Abreu regeu a cadeira de anatomia, como se mostra pelo documento transcrito, embora o tivesse feito



como substituto sendo lente de *Crisibus*, a esse tempo, e até 1632, data em que foi elevado a lente de Prima.

Deve ter gozado duma certa reputação, este professor; porque, além de várias obras que deixou, como o *Tractatus de purgatione de locis affectis — de Ophtalmia — Commentarium super artem medicinalem galeni etc.* — nada puderam contra ele todas as objurgatórias dos depoentes da devassa que lhe assacavam o terrível crime de ter como amante a filha do boticário de Aveiro; logo em 1620 lhe elevaram os proventos e em 1632 era nomeado lente de Prima. Sucessivamente nos aparecem mais treze professores de que não podemos apresentar além das referências colhidas por Carneiro de Figueiroa, e que não nos interessam. por agora, senão sucessivas petições de aumento de ordenado que, diga-se de passagem, foram quase sempre atendidas. São eles Pedro de Sousa e Cunha que regeu de 1633-34; Antonio Pacheco Fabião de 34-45; Fernando Magro Freire de 46-56; Sebastião Jorge Frois de 56-59; Manuel Guedes Escachana de 59-62; Manuel Carreira Matoso de 62-64; António Mourão Toscano de 64-66; António Mendes de 66-71; Manuel Freire de 71-91; Baltazar Rodrigues Cabral de 1697-1704; José de Amorim de 1706-16; Inácio do Vale de 17-26 e Manuel Loureiro e Sousa de 1726 até data indeterminada.

Sabe-se que alguns destes professores accumularam anatomia com cirurgia, como Inácio do Vale e Manuel Guedes Escachana. Durante este longo período de mais de um século, as ciências médicas dormem um longo sono envoltas nas mais densas trevas, e mais até do que a carta do fim do século xvi de Francisco de Tomás a D. Jorge de Ataíde na qual se diz que «Já El-rei D. João que Deus dê glória mandou lèr a cadeira de cirurgia e que não se examinasse nenhum cirurgião sem ouvir dois anos a dita cadeira: e em tempo do Dr. Guevara se tratou da cadeira de anatomia e de se



fazerem anatomias que ele fez algumas vezes. De tudo isto não há memória alguma e tem examinado quantos barbeiros há em Portugal pelo cirurgião Físico-mór, de modo que não há dois cirurgiões de que se possa fiar... A ciência da medicina está de todo perdida em Portugal e quase irrecuperável: porque nem na Universidade há lentes nem pode haver bons discipulos...»; mais do que este estendal de misérias os depoimentos da devassa de 1619 mostram-nos quão profunda era a desorganização do ensino na Universidade e como essa desorganização ia a ponto de comprometer a honrabilidade dos próprios professores.

No entanto desenhavam-se já umas salutaes medidas embora não dirigidas directamente contra o mal que feria a Universidade.

Em Lisboa, D. João V tentava restabelecer, em bases sólidas, os estudos anatómicos. Nesse intuito foi chamado à regência da anatomia o espanhol D. António de Monravá y Roca, que foi nomeado em 1721. Mas em 1732 um novo decreto mandava aposentar o espanhol «por ter mostrado a experiência que a cadeira da anatomia estabelecida nesta corte que rege o anatomico António Monravá serve de pouca utilidade pelas razões que me foram presentes.»

Ora a verdade era bem outra; não se tinha reconhecido a inutilidade da cadeira, mas antes, a inutilidade do ensino que nela se ministrava e tanto assim era que no mesmo decreto se nomeia o italiano Bernardo Santucci, para professor de anatomia pela boa informação da ciência e capacidade do anatómico.

Calcule-se a celeuma levantada no espírito do espanhol, dado como ele era, a excessos de irascibilidade e de cólera.

O ensino de Santucci parece ter sido da maior proficiência pois, não só criou discipulos ilustres, mas deixou uma obra à qual o professor Serrano fez uma crítica apreciativa consignando-lhe um indisputável valor.



Este livro publicado em 1739<sup>1</sup> foi o objecto duma discussão entre os professores Serrano e Sabino Coelho afirmando o primeiro que o livro havia sido escrito em italiano pelo seu autor por ordem de D. João V tendo sido traduzido depois e opinando o segundo que o autor o escreveu logo em português e por sua livre vontade. Razões fortes, aduzidas das duas bandas, deixam-nos na dúvida, mas quem compulse a obra, e ela tem um alto interesse, não deixará de concluir, com o professor Serrano, que a pureza da linguagem é tal que custa a crer que um italiano poucos anos após a sua vinda para Portugal manejasse tão correctamente o nosso vocabulário sem atropelos de gramática.

E, se me é permitido, direi em abono da opinião de Serrano que se encontram pela obra maciezas de expressão que contrastando um pouco com a habitual linguagem dos anatomistas está perfeitamente de harmonia com a qualidade do impugnado traductor, o padre D. Celestino Segueineau. E não só maciezas de expressão mas até particularidades de conceitos.

Seja como for, o livro atesta os conhecimentos e a erudição do autor e se tanto tenho insistido na sua obra é porque ela interessa directamente.

Com efeito, dois discípulos de Santucci vieram para Coimbra tendo um deles regido a cadeira de anatomia por largos anos até que foi aposentado pelo Marquês de Pombal em 1772. Foram eles Caetano Alberto, cujo despacho para professor parece ter sido

---

<sup>1</sup> Anatomia / do / Corpo Humano, / Recopilada com doutrinas / Medicas, Chemicas, Filosoficas, Mathemati- / cas, com Indices, e Estampas, represen- / tantes todas as partes do corpo humano, / Dividida em três livros, / E dedicada / Ao muito alto e muito poderoso Rey de Portugal / D. / João V. / Nosso Senhor / por / Bernardo Santucci / Natural de Cortona, Mestre / em Artes, e Doutor em Medicina pela Universidade de / Bolonha, Medico da Serenissima Violante Beatriz de / Baviera, Grão Princeza de Toscana, e Lente Re / gio da Cadeira de Anatomia no Hospital Real des / tas Cidades de Lisboa. / Lisboa Occidental. / Na Officina de Anatomio Pedrozo Galram / MDCCXXXIX / Com todas as licenças necessárias, e Privilegio Real.



anulado e José dos Santos Gato que regeu anatomia até à reforma Pombalina. O professor Teófilo Braga aponta-o como tendo também regido cirurgia.

Mas apesar da boa vontade e competência de Santucci e dos discípulos que fez, ainda não foi desta vez que os estudos anatómicos e médicos em geral floresceram. Com efeito, tendo passado algum tempo sobre o período áureo da entrada de Santucci para o magistério e sob a influência jesuítica dos defensores de Monravá, que os possuía até na corte, ao que parece, foram proibidas, por D. João V, as disseccções em Lisboa precisamente no ano da publicação do livro de Santucci.

Ao mesmo tempo, segundo o prof. Teófilo Braga, parece que os estudos médicos em Lisboa também não eram tidos em bom conceito porquanto diz: «apesar do atrazo em que estava a medicina na Universidade mais deplorável era a sua prática na côrte». Nas doenças do rei ou da família real eram quase sempre chamados os médicos mais afamados da Universidade tais como o Dr. António Simões da Silva e o Dr. Manuel Dias Ortigão.

A despeito de todo este descalabro o movimento iniciado, mas não acabado por D. João V, começava a produzir os seus frutos.

Em 1735, Jacob de Castro Sarmiento médico ilustre então residente em Inglaterra era consultado no sentido de melhorar os estudos médicos em Portugal. Entre vários conselhos dados por Castro Sarmiento avulta em importância aquele em que opinava pelo estudo no estrangeiro de médicos portugueses para depois poderem ensinar. Neste sentido ainda D. João V dirigiu uma carta ao reitor da Universidade assim concebida. «Como protector que sou da Universidade de Coimbra faço saber a vós Francisco Carneiro de Figueiroa do meu conselho do geral do Santo Officio e reitor reformador da mesma Universidade e por convir ao bem



do Reino e esplendor da Universidade que haja quem saiba e ensine a medicina moderna e a cirurgia e a anatomia prática pela menor aplicação que a uma e outra coisa se tem tido foi servido despachar na consulta das ostentações à cadeira de anatomia e composição da Faculdade de Medicina a António Amado de Brito, António Joaquim da Silva, Francisco Lopes Teixeira, António Carvalho e Manuel dos Santos Ortigão com a condição que vereis nas provisões que se lhe passaram de serem obrigados a ir residir pelo tempo que eu for servido nas Universidades a donde eu os mandar para se instruírem na medicina moderna: e para irem também aprender a cirurgia e a anatomia prática me procureis três ou quatro sujeitos capazes».

E esta carta régia datada de 1741 e ao que parece não chegou a ter efectivação. Era no entanto o início duma obra de refundição completa da Faculdade de Medicina.

Outras forças porém imperaram no espírito do soberano. O mesmo médico Castro Sarmiento que iniciou estas benéficas medidas se queixou da interferência maléfica do jesuita *Carbone* que dominava o espírito do rei.

Ainda em vida de D. João V appareceu um livro inspirado na mesma ideia de reformação dos estudos: é o livro de Luís António Verney. Intitulado *Verdadeiro Método de Estudar* para ser útil à República e à Igreja. Verney que era filho de um francês e de uma portuguesa nasceu em Lisboa em 1713. Graduou-se em Teologia na Universidade Jesuítica de Evora; em 1736 foi para Roma onde estudou e se doutorou na Faculdade de Teologia e em Direito Civil. Segundo Inocêncio donde extraio estes apontamentos biográficos, Verney não voltou a Portugal tendo, no entanto, apesar de longe da Pátria, procurado ser-lhe útil elaborando um minucioso estudo ácerca do estado decadente dos estudos em Portugal e dos principais remédios a aplicar na conjuntura.



É sob a forma de cartas que no livro citado aparecem, às vezes com uma pontinha de ironia, indicados os principais defeitos do ensino em todos os ramos em que se ministrava e se apontam quais os caminhos por onde enveredar. Este livro causou, como era natural, uma verdadeira revolução e não tardou que surgissem de todos os cantos impugnadores que, não tendo verdadeiros argumentos para o destruir, o quiseram apoucar com ridicularias.

Sem dúvida que se presta o livro a uma crítica, nalguns pontos pouco favorável, mas na grande maioria do conteúdo é perfeitamente judicioso apontando e insistindo na falta de experiência e de observação prática e na exuberância de silogismos com que *filosóficamente, peripàticamente*, todas ou quase todas as questões científicas eram falsamente resolvidas.

E era aí que se doíam os impugnadores.

Pelo que respeita ao ensino médico, Verney insiste constantemente no estudo prático da Anatomia. A pág. 91 do II vol. diz: «Mas este conhecimento anatómico é o que não se acha neste Reino e muito menos nessa Universidade, onde de Anatomia não sabem senão o nome. Estes portugueses vivem persuadidos que professor anatómico raríssimas vezes é bom prático e com esta ideia lêem só alguns termos para usarem deles nas consultas (que é o mesmo que dizer para enganarem o mundo dando a entender que sabem Anatomia) e tudo mais dizem que pertence ao cirurgião prático. Na Universidade ainda que haja uma cadeira de Anatomia não tem exercício, pois só duas vezes no ano fazem a tal anatomia e em um carneiro cujas partes se mostram na escola. Não sei se V. poderá ler isto sem riso: eu certamente estou-me rindo quando escrevo. Querer saber a Anatomia do homem pela do carneiro é uma ideia nova . . . »<sup>1</sup>

(1) Através do nosso querido Mestre, Doutor Basilio Freire, ainda chegou até nós a tradição do *sacrifício* de um carneiro, em determinada aula de Anatomia. Mas, ao contrário do que supunha Verney, o intuito

E mais adiante mostra os inconvenientes de se não conhecer a Anatomia:

Verney escrevendo acerca dos melhores autores a seguir, cita uma infinidade e parece ter deles mais do que o conhecimento de lombada.

Vesalio, Havers e Riolan a propósito dos ossos, Cooper, Falopio para os músculos, Ruysch e Vieussens para os vasos e o coração, Willis e Ridley, para o cérebro Warthon, Brunner, Malpighi e Morgagni para as glândulas citando ainda como expositores Winslow e Heister.

Por aqui se pode avaliar da erudição de Verney se atendermos a que escreve pormenorizadamente e talvez com mais proficiência, sôbre os outros ramos de ensino.

\* \* \*

Mais influência do que o livro de Verney pelo menos pelo que respeita à reforma dos estudos médicos teve o livro de Ribeiro Sanches intitulado *Método para aprender a estudar a Medicina*.

O médico que tanto lustre deu à sua Pátria, já como o mais distinto discípulo de Boerhaave já como médico de Catarina da Rússia, sobre ser um aprimorado cultor das Ciências Médicas, talvez o maior higienista do seu tempo como o escreve o Prof. Maximiano de Lemos foi um pedagogo cuja obra é justamente admirada e lida com proveito.

As *Cartas sobre a educação da mocidade* e o *Método para aprender a estudar a Medicina*, estabelecem uma reputação.

---

era especificamente científico, para experimentalmente se verem os quíferos intestinais, tornados aparentes pela absorção de gotículas gordurosas, previamente administradas ao animal, em alguns litros de leite.

Vistas bem as coisas, trata-se antes, dos verdadeiros precursores da fisiologia e cirurgia experimentais.



Veio esta obra à luz da publicidade em 1763<sup>1</sup> e direi que ela é o repositório de um conjunto de conceitos judiciosos e de conselhos de aplicação prática. Fugida à feição da Obra de Verney que critica especialmente, apontando os males, sem indicar, as mais das vezes, os remédios, o livro de Ribeiro Sanches está cheio de indicações práticas estabelecendo um perfeito plano de estudos sem utopias, nem medidas inexequíveis na época.

Relativamente à Anatomia aconselha a fazer o estudo principalmente prático acompanhando-o das leituras respectivas mas insistindo na dissecação sob as vistas dum mestre experimentado. E justifica-se plenamente com os versos do nosso épico.

A disciplina militar prestante  
 Não se aprende senhor na fantasia  
 Sonhando imaginando ou estudando  
*Senão vendo, tratando e pelejando.*

Segundo o Prof. Teófilo Braga, Ribeiro Sanches teria sido consultado pelo Marquês de Pombal sobre as possibilidades de refundição dos estudos médicos. Daí o livro de Ribeiro Sanches.

Pombal, sabendo as circunstâncias difíceis em que vivia Ribeiro Sanches em Paris mandou dar-lhe uma tença de 30\$000<sup>rs.</sup> por mês que lhe seria paga pelo nosso representante naquela cidade Monsenhor Salema; mas por quaisquer motivos esse pagamento foi-lhe suspenso e Ribeiro Sanches viu-se em bem crítica situação.

Valeu-lhe a generosidade da imperatriz da Rússia que, agradecida de lhe ter valido na sua infância, lhe mandou dar uma tença anual de 1.000 rublos, como refere Vicq d'Azjr.

---

<sup>1</sup> Método / para aprender a estudar / a Medicina, / Ilustrado / Com os Apontamentos para estabelecer huma Uni / versidade Real na qual deviam aprender-se as / Sciências humanas de que necessita o Estado Civil / e Político / MDCCLXIII.

Ribeiro Sanches foi mesmo isolado do seu país, pois Monsenhor Salema surripiava-lhe a correspondência, e não soube qual o destino que teve o seu livro. O próprio Marquês influenciado por alguém, diz o Sr. Teófilo Braga, não tinha coragem de apresentar o seu nome glorioso cobrindo-o com o pseudónimo de João Mendes Sachetti, o que hoje se sabe não ser exacto.

A publicação destes dois livros preparara o advento da reforma pombalina.

Nomeada oficialmente uma junta de Providência Literária em 1770, era publicado, logo no ano seguinte, o COMPENDIO HISTÓRICO em que se relata por menorizadamente o estado degradante em que se encontravam os estudos, atribuindo-se todas as culpas aos jesuítas. Para avaliar do espírito do COMPENDIO HISTÓRICO basta transcrever-lhe o frontespício: Resa assim.

«Compêndio histórico do estado da Universidade de Coimbra no tempo da invasão dos denominados jesuítas e dos estragos feitos nas ciências e nos professores que a regiam pelas maquinações e publicações dos novos estatutos por eles fabricados.»

O prof. Mirabeau na *Memória sobre a Faculdade de Medicina* quer atenuar as razões da catilinária dos autores do COMPENDIO HISTÓRICO, mas o certo é que se encontram, esparsos pelo livro, bastantes fundamentos da culpabilidade dos jesuítas. Logo em 1772 eram publicados os estatutos pombalinos que representam para a época um verdadeiro monumento.

É certo que Pombal se rodeou, desde Verney até a elaboração dos estatutos, por verdadeiras sumidades da sua época para levar a cabo a sua gigantesca obra; mas em que se apouca a iniciativa de estadista, o pulso rijo do homem?

Sem receio do desmentido se pode asseverar que os estatutos Pombalinos marcam o advento do espírito científico na Universidade de Coimbra.



Levar-nos-ia longe de mais uma análise, embora rápida, dessa obra grandiosa, nem que fosse feita apenas em relação à Faculdade de Medicina. Sòmente direi que eu próprio, desejaria que certas disposições estivessem ainda hoje em vigor. Será o maior encómio que lhes possa render.

Assim, no que respeita à distribuição dos cadáveres para o ensino da Anatomia, dizem os estatutos: «Para o uso da Anatomia servirão os cadáveres dos que morrerem nos dois hospitais da Universidade da cidade e dos que forem justificados nos casos de os haver. Faltando uns e outros servirão os cadáveres de quaisquer pessoas que falecerem na cidade de Coimbra. E para evitar qualquer falta que nisto possa haver, sou servido dar ao Reitor e à Congregação da Faculdade todo o pleno poder e autoridade para fazerem conduzir para o teatro Anatómico os cadáveres necessários e para obrigarem a consentir a todas e quaisquer pessoas que quiserem repugnar à entrega deles; procedendo contra os rebeldes como inimigos do bem público e factores das preocupações que tanto dano têm causado ao progresso da medicina e à saúde e vida dos homens.»

São desnecessárias quaisquer apreciações.

Acolhidos com verdadeiro alvoroço por uns e com uma dissimulada alegria por outros, os estatutos entraram em vigor logo após a sua publicação, tendo vindo o próprio Marquês de Pombal entregá-los ao reitor Francisco de Lemos.

O que foi essa viagem do Marquês de Pombal a Coimbra, recebido como rei, dotado de poderes descricionários, fazendo-se acompanhar de uma guarda de honra e recebido por uma força expressamente vinda de Almeida, relata-o o *Conimbricense* num artigo depois publicado no *Instituto*. As luminárias pela cidade, os cortejos em que o Marquês era levado debaixo de pálio, as alegorias espalhadas pelas ornamentações da cidade davam-lhe um aspecto verdadeiramente festivo.



Os estudantes brasileiros, então, em grande número, desvanecidos pelo facto de o reitor da Universidade ter nascido no Brasil, tomaram uma parte activa e larga nas manifestações de regosijo. A eles se attribuía uma figura alegórica da ciência que indo a despenhar-se para um insondável abismo de treva, era sustentada pelo braço forte do Marquês.

Durante a sua permanência em Coimbra, o reformador desenvolveu uma enorme actividade, visitando tudo, inquirindo de tudo, aposentando uns lentes e dando posse a outros.

Regia então Anatomia o discípulo de Santucci, José dos Santos Gato. Aposentado pelo Marquês foi logo nomeado para reger Anatomia o médico italiano Luís Cichi, que até então exercera, com bom êxito, a clínica da cidade do Porto. Nomeado por carta régia de 3 de Outubro de 1772, tomou posse com a presença do Marquês, que nele depositava grandes esperanças.

Aconteceu, porém, que foram frustradas as esperanças do Marquês; do pouco que se pode apurar do exercício do magistério de Cichi deduz-se que era pouco cumpridor dos seus deveres.

De princípio, fez exigências materiais, de instrumentos de dissecação, e desculpava-se com a falta deles para não dar as aulas e demonstrações anatómicas, como estava estatuído. Mas o regimen era apertado e o reitor dando relação minuciosa de tudo o que se passava, em breve levou ao conhecimento do Marquês factos pouco abonatórios da assiduidade do professor.

Repreendido pelo reitor, não arripiou caminho, antes continuava a dar provas de desleixo, até que em 1776 foi suspenso.

Esta resolução enérgica, por parte do Marquês, é mais uma prova do pulso firme do reformador que, tendo noutro conceito o professor que ele próprio escolheu, tendo-lhe de princípio aumentado o ordenado atendendo ao muito que prometia da sua arte, não duvi-



dou em remediar o mal reconhecendo o seu êrro de escolha.

A mesma carta régia que nomeara Luís Cichi professor de Anatomia nomeava também demonstrador da mesma cadeira o Dr. José Correia Picanço.

Desde 1772 até 1776 exerceu as suas funções de demonstrador suprimindo no ensino da Anatomia a deficiência do próprio professor. Durante o tempo que mediou entre a suspensão e o pedido de demissão de Cichi, Picanço regeu a cadeira de Anatomia como substituto, e de tal modo se desempenhou da missão que em 1779 era nomeado professor da cadeira com todas as prerogativas dos outros lentes.

Durante 13 anos regeu anatomia, segundo parece, a contento de todos. Depois de ter sido jubilado em 1790 foi nomeado cirurgião-mór e primeiro cirurgião da real câmara.

Embarcou com a família real para o Brasil, onde tinha nascido, e donde não voltou. Já no Brasil escreveu uma memória sobre: *O perigo das sepulturas nas cidades e nos seus contornos.*

A educação de Picanço foi vasta e proveitosa. Discípulo dos franceses Sabatier e Morand estudou, primeiro em Lisboa, onde foi discípulo do grande professor e cirurgião lisbonense Manuel Constâncio.

Espírito disciplinado e observador, muito lhe aproveitou o exemplo de Manuel Constâncio que foi um professor modelo, sem dúvida das figuras de maior relêvo que têm passado pelo ensino médico em Lisboa. Além dos discípulos que deixou, Constâncio legou-nos uma verdadeira obra anatómica que pena é não se tenha ainda dado à estampa na sua totalidade.

Foi à *Coimbra Médica* que coube a honra de dar a notícia da existência desta obra, que das mãos do Sr. Dr. Baeta Neves, detentor da preciosidade, passou às do prof. Maximiano de Lemos que começou a publicá-la no Arquivo da História da Medicina Portuguesa.



Correia Picanço não desmentiu as tradições do seu mestre por que foi um professor cumpridor e de reputação elevada.

Em 1791 o Dr. João de Campos Navarro era nomeado lente de Anatomia.

Depois de ter sido demonstrador da mesma cadeira, desde 1788, trabalhando por consequência com Correia Picanço, durante dois anos, Campos Navarro entrava no exercício do magistério de Anatomia com uma preparação sólida e apto a desempenhar-se cabalmente da sua missão.

O prof. Mirabeau diz deste professor que «gozou de grande e bem fundamentada reputação como médico e como operador. Foi brilhante ornamento não só da Faculdade de Medicina mas da Universidade. Por isso bem cabidas foram as honras e mercês que o soberano lhe concedeu. Entre outros teve o título de Barão de Sande.»

Campos Navarro regeu Anatomia até 1806.

Quando D. João VI foi aclamado no Brasil, Campos Navarro foi em nome do corpo catedrático felicitar o monarca e por lá ficou.

«Não se conhecem quaisquer obras a não ser a dissertação manuscrita existente na biblioteca da Universidade legada pelo ilustre professor», escreve o prof. Mirabeau, mas quanto a mim Campos Navarro legou-nos uma gloriosíssima obra, o seu discípulo Francisco Soares Franco.

O prof. Serrano escreveu acerca de Santucci: «a mais lídima glória do ensino de Anatomia na escola de Lisboa é Bernardo de Santucci, italiano de nação.»

Pois é com verdadeiro orgulho, que deve ser um pouco de todos nós, que eu digo que Soares Franco foi a mais lídima glória do ensino de Anatomia em Coimbra, podendo acrescentar, felizmente, que era um português de lei.



Desajudado da fortuna, Soares Franco parece ter sido amparado pela Casa Pia; é mais um título de glória a acrescentar a tantos outros porque, como diz Serrano algures, tem de andar maior caminho para chegar à mesma altura aquele que de mais baixo vier.

Tendo cursado três faculdades, Filosofia, Matemática e Medicina, em todas foi estudante classificado e premiado.

Doutorou-se em Medicina em 1797 e em 1800 era nomeado demonstrador de Anatomia ainda quando a cadeira era regida por Campos Navarro.

E, diz o prof. Mirabeau: «Grangeou tais créditos como demonstrador que o Governo, atendendo ao seu mérito especial e às conveniências do ensino, não hesitou em o tornar sucessor na cadeira de Anatomia do insigne anatómico Dr. João de Campos Navarro de quem Soares Franco fora discípulo predilecto...»

«Quando os serviços de 23 anos prestados ao magistério, no parlamento e na imprensa lhe davam incontestável direito à estima do público e recompensa do governo foi arbitrariamente jubilado com metade do ordenado por carta régia de 9 de Outubro de 1823 e excluído da directoria por não convir que continuasse na Universidade. Os excessos partidários davam por aquele tempo nestes desvarios. Mas a bondade do soberano remediou felizmente tais desacertos e o Dr. Soares Franco obteve a jubilação com o ordenado por inteiro, por carta régia de 13 de Outubro de 1825. Depois de jubilado viveu quase sempre em Lisboa onde não lhe faltaram ocupações, em serviço público, e onde faleceu em 28 de fevereiro de 1844.»

Deixou numerosas publicações, entre elas uma *Memória sobre a identidade do sistema muscular na economia animal* e *Sobre grau de certeza que há na medicina prática*. Tomou parte activa na elaboração da Farmacopeia Lusitana, etc.



DOUTOR FRANCISCO SOARES FRANCO

1772-1843





Mas o que avulta na obra de Soares Franco é, sem dúvida, a sua obra anatómica intitulada *Elementos de Anatomia*.

Por largos anos serviu de compêndio de estudo a obra de Soares Franco nas três escolas do país, e a atestá-lo está a existência de duas edições, a primeira de 1818 e a segunda de 1825.

Resumindo todos os conhecimentos anatómicos da sua época, este livro tinha o duplo mérito de não ser prolixo na linguagem, nem omisso na exposição.

O seu contexto é sem dúvida a prova mais evidente da larga cultura intelectual do insigne professor porque, a par do conhecimento integral das obras de Bichat, Marjolin, Sabatier, Cloquet, etc. que critica e aprecia, expande os mais variados conhecimentos de Antropologia, de Fisiologia, de Cirurgia e Medicina não lhe escapando também as teorias frenológicas de Gall e Spurzhein nem as doutrinas filosóficas reinantes.

Não quero aqui entrar na apreciação minuciosa da *Anatomia* de Soares Franco.

Sòmente direi que os diversos capítulos se sucedem na ordem porque ainda hoje por alguns autores são tratados e que, à parte ligeiríssimos senões, constitui um compêndio modelar a toda a altura dos coevos estrangeiros melhores, e acima da grande maioria deles.

Prima o autor em ser metódico e ele próprio diz no prefácio da obra, justificando a ordem que segue na exposição: *A uniformidade dos métodos é uma das suas perfeições.*

E na verdade se verifica, desde o princípio ao fim da exposição, a arrumação metódica dos assuntos que sempre facilita o estudo e a apreensão de quaisquer conhecimentos.

Espírito subtil e arguto, não limitava Soares Franco ao campo estritamente material, o seu estudo e as suas leituras.



Soares Franco na introdução do seu livro, depois de encarecer a utilidade dos estudos anatómicos para compreender as outras ciências, diz textualmente: «Enfim subministra (a Anatomia) também muitas luzes às ciências metafísicas e morais. Pela estrutura dos nossos órgãos provamos que a posição bípede e não a quadrúpede é natural ao homem contra o sentimento de Rousseau; mostra-se pela grande multiplicidade das peças ósseas da mão quanto ela concorre a desenvolvimento das faculdades intelectuais e estabelecimento das Artes e Ciências.»

Estas judiciosas palavras provam-nos a subtileza de espírito do ilustre anatómico e o modo como ele se interessava por questões de ordem mais transcendente.

Soares Franco morreu em Lisboa onde viveu bastantes anos.

Ocupou numerosos cargos públicos todos eles honrosos, mas é com verdadeiro desvanecimento, que, neste lugar, eu relembro que quando se constituiu a Sociedade das Ciências Médicas, de gloriosíssima tradição, em 1882, foi Francisco Soares Franco o seu primeiro presidente, e que um dos mais brilhantes ornamentos da Faculdade de Medicina de Lisboa é seu descendente em linha recta.

Coube ainda a Soares Franco a honra de ter educado o continuador ilustre da sua obra. Foi ele o Dr. Carlos José Pinheiro.

Este professor era natural do Brasil. Obteve o grau de doutor em Medicina em 1806; em 1822 foi nomeado demonstrador de Anatomia e, o teatro anatómico, e até os estudos práticos, entraram numa fase próspera.

Foi precisamente este professor que fundou o museu a esse tempo conjunto de anatomia *normal*, *patológica e tocologia*. Foi esta obra iniciada com a entrada para demonstrador do Dr. Carlos Pinheiro que possuindo uma ilustração técnica especial dissecava e injectava os vasos como ninguém fizera até aí.

A obra deste professor é tão vasta que, segundo refere o Dr. Mirabeau, preparou por suas mãos mais de trezentas peças que deixou no teatro anatómico bem dispostas e classificadas quando saíu do professorado.

Carlos José Pinheiro não se coibia de dizer o que pensava: de modo que muitas vezes murmurava contra a política e a religião, o que fez com que fosse indicado pela *Junta Expurgatória* para ser excluído da Universidade.

Aconteceu porém que não tiveram seguimento as propostas da junta e porque depois se afeiçoasse às instituições ou por as razões mais plausíveis da sua indiscutível competência, foi nomeado lente catedrático em 1830.

Novo golpe o esperava no entanto. Em 1834 foi demitido, com outros lentes, por motivos exclusivamente políticos, quando ainda a ciência e o ensino tanto tinham a esperar da sua já tão comprovada proficiência.

Publicou vários trabalhos entre eles, três memórias oferecidas à Academia Real das Ciências. Publicou ainda a *Topografia Médica do lugar da Cova no mês de Agosto e parte de Setembro de 1837*, *Relatório sobre a epidemia de Azeiro de 1833*, *Ensaio sobre um novo modo de ligar a artéria no aneurisma segundo Asthley Cooper, etc.*

Tendo sido o criador do museu de Anatomia foi também quem publicou o primeiro catálogo do mesmo museu quase todo constituído por peças por si preparadas.

Publicado em 1829, por tanto cinco anos antes de ser demitido, dele constam já 94 peças respeitantes a todos os capítulos de Anatomia devendo acrescentar que, dentro da enumeração do catálogo alguns números se referem a peças múltiplas, como no que diz respeito à colecção de Osteologia, de Neurologia, etc. E isto sem mencionar todas as outras peças também por ele preparadas e montadas, relativas à Anatomia Patológica, à Arte Obstétrica e à Medicina Operatória.



Do modo como Carlos José Pinheiro compreendeu os seus deveres de demonstrador de Anatomia falam as suas obras e ele próprio o refere na introdução do seu catálogo. «Não é para o ornato e luxo dum teatro anatómico que há oito anos trabalho com auxílio de muitos dos meus honrados discípulos em preparados e injectados. É assim para lhes facilitar o estudo da Anatomia tendo sempre presentes modelos nos quais possam estudar e tirar as suas dúvidas.»

«Sendo hoje as nosologias fundadas em lesões de tecidos ¿como poderiam entender os autores sem um conhecimento profundo da anatomia? ¿Quais são as escolas que mais florescem em Medicina senão aquelas em que se estuda a estrutura do corpo humano? Bem ponderadas foram pois as determinações em execução das quais fiz este inventário científico dos trabalhos anatómicos em que diáriamente me exercito.»

Com o afastamento de Carlos Pinheiro do professorado passou a cadeira de Anatomia a ser regida pelo Dr. Sebastião de Almeida e Silva.

Já em 1825 tinha sido nomeado demonstrador de Anatomia e durante a vida académica fora galardoado por se ter alistado no batalhão académico quando da primeira invasão francesa.

Mas, professando ideias liberais foi afastado da Universidade indo fazer clínica para Cantanhede.

Restabelecida a autoridade da Rainha voltou Sebastião de Almeida à Universidade sendo-lhe confiada a regência de Anatomia que exerceu durante 24 anos até que em 1859 passou a reger matéria médica e farmácia.

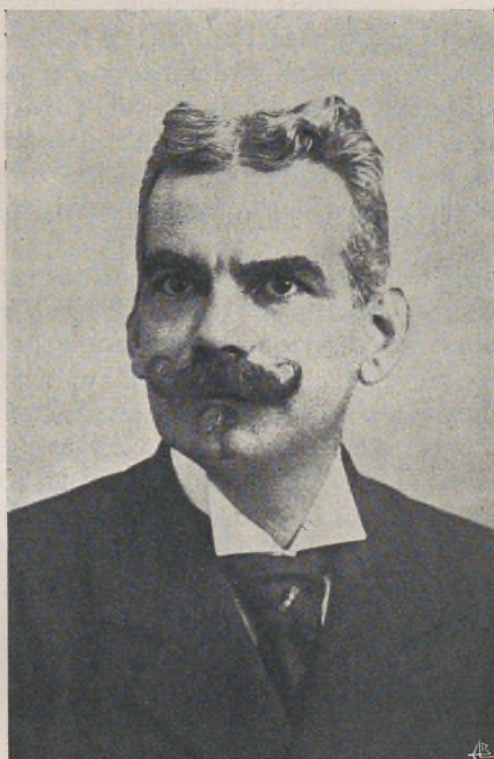
Zeloso e cumpridor dos seus deveres foi o Dr. Sebastião de Almeida ajudado no exercício do magistério pela cooperação dedicada e desinteressada do seu habilíssimo preparador o que foi mais tarde o cirurgião insigne Inácio Rodrigues da Costa Duarte.

Ignoro as razões que levaram o Dr. Sousa Refoios a escrever, no anuário da Universidade de 1885 a 86,



DOUTOR CALIXTO INÁCIO  
D'ALMEIDA FERRAZ  
1825-1887

DOUTOR JOAQUIM  
AUGUSTO DE SOUSA  
REFOIOS,  
1853-1905







que o Dr. Sebastião de Almeida «não se empenhou a enriquecer a colecção já existente» referindo-se às peças do museu.

Com efeito, existe no Gabinete de Anatomia de Coimbra, um inventário manuscrito pelo qual se verifica que o Dr. Sebastião de Almeida conseguiu para o teatro anatómico várias peças principalmente esqueletos de animais para o estudo da Anatomia Comparada, verificando-se em várias páginas escritas pelo seu próprio punho o interesse com que mencionava as várias aquisições não só das peças de estudo mas também de instrumentos de dissecação, livros e atlas de Anatomia bem como a conquista de algumas salas para melhor instalar os serviços anatómicos.

Sucedeu a este professor o Dr. Calisto Inácio de Almeida Ferraz que logo em 1861 foi nomeado lente catedrático e que regeu a cadeira até 1883.

Dele diz o Dr. Sousa Refoios: A este sábio professor aos seus esforços e economia se deve a aquisição de todas as preparações plásticas e em cera que actualmente existem no museu de Anatomia. E sob a sua direcção se enriqueceu também a colecção de preparações naturais algumas delas conservadas pela glicerina félica.

Segundo o testemunho de alguns dos discípulos deste professor o seu ensino pecava por excessivamente teórico nada havendo no entanto de repreensível na sua competência didáctica.

Deve-se talvez esse senão, à falta dum colaborador idóneo para o ensino prático. Efectivamente o lugar de preparador de Anatomia foi ocupado por vários indivíduos que não deixarão quaisquer provas abonatórias da sua competência. O Dr. Inácio da Costa Duarte passara a preparador de Anatomia Patológica e de Histologia tendo deixado um vazio difícil de preencher.



\* \* \*

Em 1883, começou a reger a cadeira de Anatomia o lente substituto Dr. Joaquim Augusto de Sousa Refoios.

Ocupava então o lugar de lente catedrático da mesma cadeira o Dr. António Maria de Sena. Não chegou a reger a sua cadeira este ilustre professor, mas foi uma figura de tão notável relevo no nosso país que não podia deixar de lhe consignar aqui o seu ilustre nome.

Se a Anatomia em Coimbra pouco lhe deve em compensação lhe deve o país inteiro os relevantes serviços em prol da assistência aos alienados.

Logo que o Dr. Sousa Refoios entrou a reger a cadeira de Anatomia se notou uma imediata progressão dos serviços, quer enriquecendo o museu com novas preparações, quer adquirindo material de estudo o mais variado.

Dotado de um espírito organizador metódico e da rara tenacidade conseguiu elevar o Dr. Sousa Refoios o ensino da Anatomia a culminâncias a que ele nunca atingira em Coimbra.

Logo em 1885 o Anuário da Universidade publicava um extenso artigo da sua autoria sobre o museu de Anatomia Normal e por esse artigo que é seguido da relação das peças adquiridas desde 77 a 83 e de 83 a 85 se verifica que sob a direcção do Prof. Sousa Refoios foram preparadas e montadas no museu mais 76 peças respeitantes aos diversos capítulos de Anatomia, durante o curto lapso de tempo de dois anos.

Durante nove anos regeu com suma proficiência a cadeira de Anatomia. Dela passou em 1892 a professor da clínica de mulheres onde afirmou os seus créditos como cirurgião ilustre por todos apreciado e respeitado. Antes porém de abandonar a Anatomia realizou uma viagem ao estrangeiro de que apresentou um memorável relatório em 1891.

Por este relatório se verifica a atenção e poder de observação com que examinou todas as instalações anatómicas e cirúrgicas de Paris, Bordeus e Chartres indicando quais as deficiências de que o nosso ensino e a nossa Faculdade de Medicina de Coimbra enfermavam.

É com uma verdade, às vezes bem cruel, que Sousa Refoios faz essa apreciação no seu relatório o que lhe valeu algumas críticas; mas como remediar os males sem a coragem de os reconhecer?

Ao professor Sousa Refoios deve a Faculdade de Medicina incalculáveis benefícios; onde ele desenvolveu a sua acção perduram as suas obras.

Pelo que diz respeito ao ensino de Anatomia, Sousa Refoios trazendo de Paris as técnicas minuciosamente observadas e descritas dos processos de injeção e dissecação abriu novos âmbitos aos alunos e preparadores conseguindo enriquecer o museu com peças verdadeiramente admiráveis.

Conseguindo fazer injeções do sistema vascular pelos processos de Bourceret, Lejars e Teichmann foram preparadas e arquivadas no museu de Anatomia preparações de inestimável valor que se podem comparar, algumas com vantagem, às obtidas pelos próprios autores.

A par dos conhecimentos de imediata aplicação prática o Dr. Sousa Refoios expende no seu relatório as mais variadas indicações acerca da remodelação do ensino médico em geral e em particular do ensino de Anatomia como escola preparatória e essencial dos futuros cirurgiões.

Quantas considerações dêsse relatório têm uma flagrante actualidade...

Falece-me a competência, saindo dos limites que me impuz, para fazer uma apreciação ainda que sucinta da sua obra como cirurgião; mas não quero deixar passar a oportunidade sem transcrever algumas das palavras que a propósito do professor Refoios escreveu, na



Medicina contemporânea de que foi colaborador, o ilustre professor Miguel Bombarda prostrado como ele pelas balas dum louco.

«Seria preciso para que de perto se pudesse avaliar de quanto valeram a sua actividade e o seu amor pela ciência, pela pátria e pela escola que o criou, seria preciso descrever em quadro frio e sereno o que era a Faculdade de Medicina de Coimbra 30 ou 40 anos atrás... Só direi do morto — e esse foi à frente dos revolucionários esfarrapar velhas usanças, arrasar muralhas de preconceito abrigando vãos hieratismos, destroçar de vez o sopro silogístico e magistral com que se queria alentar um ensino que devia ser primeiro que tudo profissional.

É a grande obra de Sousa Refoios.

Refoios foi um operador e como tal maior operador foi das seculares cataratas que não queriam cair do que de quantos doentes em que o seu exímio canivete de cirurgião teve de entrar em salvadora actividade.

É por isso que o seu nome representa a revolução mais notável que em meio século se tem feito em Medicina portuguesa. Outros cheios de talento de ciência têm visto o seu nome levado até aos últimos confins da nossa terra, nenhum porém pôde imprimir ao nosso ensino uma transformação gigantesca como aquela que Sousa Refoios soube impulsionar à sua escola através de dificuldades e lutas que sempre o encontraram armado de nobreza e de coragem.»

Publicou o Dr. Sousa Refoios numerosos artigos na Coimbra Médica, na Medicina Contemporânea, no Movimento Médico de que foi fundador, no Instituto, etc., e muito tínhamos a esperar dele porque a morte o surpreendeu em plena pujança do seu talento.



INÁCIO RODRIGUES DA COSTA DUARTE  
1824-1886



DOUTOR JOAQUIM MARTINS TEIXEIRA DE CARVALHO  
1861-1921





\* \* \*

Incompleta ficaria esta já longa enumeração de trabalhadores se não me referisse ainda aos principais cooperadores dos professores de Anatomia: os seus demonstradores ou preparadores.

Quase todos eles chegaram a ser professores e portanto já os recordei, mas alguns houve que não tendo subido até à regência da cadeira marcaram um lugar de destaque pelas suas excepcionais qualidades. Entre eles apraz-me citar o Dr. Inácio Rodrigues da Costa Duarte preparador de Anatomia ao tempo de professor Sebastião de Almeida e Silva e o Dr. Joaquim Martins Teixeira de Carvalho há pouco tempo falecido e principal cooperador do Dr. Sousa Refoios.

O Dr. Inácio da Costa Duarte foi um preparador duma habilidade supreendente, tendo deixado grande cópia de peças tanto no museu de Anatomia normal como no de Anatomia Patológica.

Adquiriu no entanto uma enorme reputação depois que, tendo estado no estrangeiro, e seguido os cursos de Robin, Claude Bernard, Virchow, Langenbeck e frequentado as clínicas e Velpeau e do português Casado Geraldès, voltou a Portugal onde começou a aplicar-se à cirurgia e a cooperar nos estudos histológicos com o ilustre professor Costa Simões.

Deixou muitos artigos e publicações sobre casos clínicos, sobre processos seus de técnica esparsos por vários jornais da época.

Dotado de um verdadeiro espírito inventivo tinha processos cirúrgicos originaes e fez fabricar instrumentos cirúrgicos sob a sua direcção destinados a determinados fins.

Pessoas que com ele privaram relembram a sua feição sempre alegre e optimista.



\* \* \*

O Dr. Teixeira de Carvalho foi nomeado preparador de Anatomia em 1891 e por largos anos trabalhou com esmerada dedicação.

As peças de maior valia do museu devem-se às suas habilidosas mãos e excepcional paciência.

Para a sua dissertação «Das veias das extremidades» preparou grande número de exemplares que atestam plenamente as suas qualidades.

Motivos variados distraíram-no noutro sentido, mas onde quer que a sua actividade se exerceu adquiriu sempre foros de autoridade.

Era um apaixonado cultor da história da Arte. Publicações postumas constituem já hoje uma valiosíssima obra e outras se lhe juntarão ainda.

# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XXIV

N.º 3

---

---

## « SEPTUM INTERMUSCULARE PEDIS TIBIALE »

POR

MIGUEL GUIRAO PÉREZ

P. Ayudante de Anatomía  
De la Sociedad Anatómica Española

Hay asuntos en Anatomía que no se comprenden bien, todavía más, que se miran con algo de excepticismo hasta que no se ven en la sala de disección. Este tabique fibroso interno de la planta del pie del que nos vamos a ocupar es un ejemplo de los más claros. No está hecho el ánimo a que sea algo tan real, y la prueba es que sorprende cuando por primera vez se disecciona una planta del pie con el fin de estudiarlo detalladamente, sacrificando todo lo que sea necesario para verlo con claridad.

El tabique fibroso interno de la planta se puede ver tan claro como un músculo o un tendón y más que una arteria o un nervio que no sean de grueso calibre. Da facilidad para su observación y, además, cuando se estudia de firme, deja el ánimo satisfecho con la tranquilidad de que son muy remotas las posibilidades de interpretaciones o descripciones erróneas, ya que se nos muestra con una marcada objetividad. Así nos pareció a nosotros y, sin embargo, nuestro estudio no



pretendemos que pase de una opinión, la más modesta de todas.

Repasando bibliografía y textos clásicos, de los que todos hemos bebido nuestra formación anatómica, encontramos que es un asunto en el que no coinciden opinando la mayoría de los autores. Esto nos deja un poco perplejos y casi tememos escribir lo que ya queda escrito pero pensamos, y esto nos tranquiliza, que es a los grandes maestros a los únicos que se les permite una interpretación más o menos libre de los asuntos que investigan, lo mismo que en un idioma sólo los que bien lo conocen tienen autoridad para hacer esas traducciones originales, llenas de belleza, que no se consienten a quienes apenas si saben balbucear en él.

Como tenemos mucho más para aprender que para enseñar, nos consideramos aprendices en una materia tan compleja como es la Anatomía y sólo nos atrevemos a hacer la traducción literal, objetiva, de lo que hemos creído ver.

\* \* \*

Hemos consultado textos a nuestra disposición y, como ya hemos apuntado, existe una gran disparidad de criterios referidos al septum fibroso interno de la planta del pie.

Existen autores, de reconocida solvencia, cuyas obras fueron o siguen siendo verdaderas fuentes de consulta, y ni siquiera citan estos tabiques fibrosos plantares. Algo así sucede con Tandler, Gerard, Chiarrugi, Calleja, Braus, Rauber-Kopsch, Morris, entre otros. Los que se dedican a estudiar este asunto difieren en distribución, inserciones, extensión, constitución morfológica, estructura y en otros muchos puntos. Vamos a intentar un pequeño resumen.

Dejando a un lado el hecho de que el tabique se sitúe más o menos separado del eje medio del pie, según los diferentes autores, haremos notar que mien-

tras para Testut, Bertelli, Latarjet, Pensa y Favaro y Taure, entre otros, el tabique no pasa hacia detrás del escafoides, para Orts, Rouvière, De la Villa etc., aquél llega a insertarse en el tubérculo interno del calcáneo. Falcone piensa que su inserción posterior se hace en el cuello del astrágalo y Dujarier en el sustentaculum tali. Cunningham sostiene que los dos tabiques se funden en la profundidad con la aponeurosis de la cara profunda del flexor corto plantar, encerrándole de esta manera en una vaina aislada.

El paso de los órganos del conducto calcáneo a sus zonas de terminación, se hace de una manera distinta según consultemos unos u otros autores. Para quienes el tabique termina por detrás en el escafoides, los órganos que han de pasar a la celda media lo hacen todos por detrás de él; si el tabique llega al calcáneo, deja entre sus fibras un amplio orificio de paso. De todas maneras, para todos ellos, excepto Fusari y Bruni, los órganos pasan sin que exista entre ellos ninguna clase de separación. Para estos dos últimos autores, existe un espolón enfrente de la extremidad inferior del conducto calcáneo que obliga a la formación de dos paquetes de órganos. Este espolón, que se inserta en el sustentaculum tali, según ellos, divide, pues, el orificio único posterior ya citado en otros dos más reducidos. Grant considera que la misión de diafragma del tabique, al que no toma en consideración, corresponde al músculo adductor del dedo grueso y por tal motivo le asigna una misión de puerta de entrada a la planta (porta pedis).

En cuanto a la constitución del tabique, por último, Poirier lo considera formado por fibras tendinosas de origen del músculo adductor del dedo grueso, en su mayor parte. Gray describe unas prolongaciones transversales que este tabique daría para introducirse entre cada dos planos musculares e incluso para cada músculo.

Exponemos a continuación nuestro trabajo.



\* \* \*

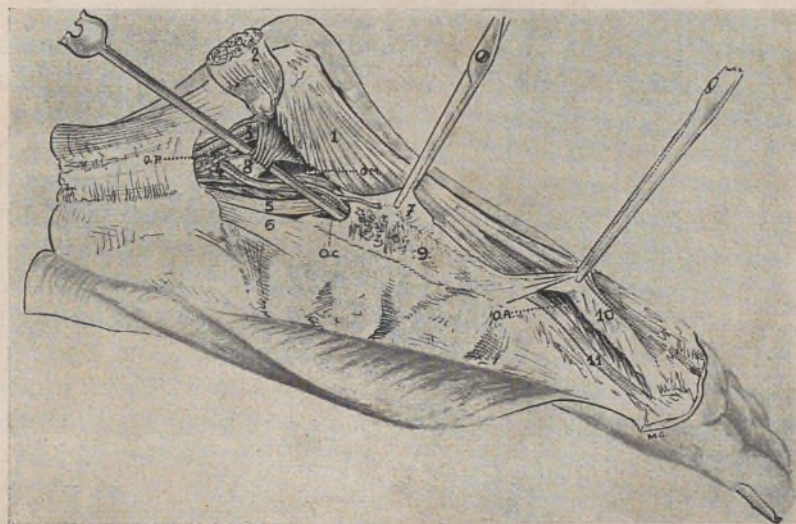
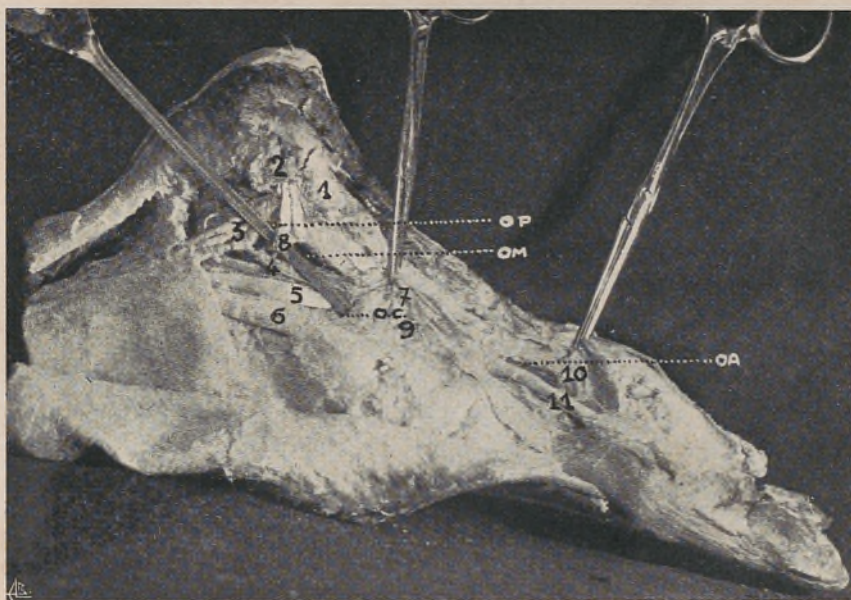
No se puede dudar que el tabique fibroso interno del pie nace de la unión de las aponeurosis plantares media e interna; desde su línea de intersección, se levanta el tabique hacia la profundidad, más grueso en unos sitios que en otros, pero siempre con una personalidad que no permite dudar de su existencia.

Vamos a comenzar a describirlo, yendo de atrás adelante, para concretar después sus inserciones y hablar más tarde de su constitución y relaciones.

No hemos visto que el tabique tome inserciones en la tuberosidad interna del calcáneo (*tuberculum tibiale tuberis calcanei* J. N. A.); nunca pasó mas allá de los vasos plantares externos. Véamos donde se fija.

La aponeurosis plantar media, fuerte, tendinosa, al llegar al borde externo del m. adductor hallucis, en el cuarto posterior de este borde, se desdobra: su hoja superficial, la que parece continuarla, se extiende con algunas fibras fuertes por encima de la aponeurosis plantar interna; su hoja profunda, se desliza por debajo del músculo y presta inserción a algunas de sus fibras quedando éste de tal suerte envuelto por una y otra cara por ambas hojas de la aponeurosis plantar media. Pues bien, de la hoja profunda de esta aponeurosis, cuando el m. adductor hallucis cruza el límite inferior del canal calcáneo, se desprende una lengüeta tendinosa que se hace profunda hasta tomar inserción ósea en pleno canal calcáneo cuyos órganos por tal motivo siguen ya dos caminos: sólo el paquete vásculo-nervioso plantar externo pasará por detrás; el resto, excepto aquellos órganos que no hayan de atravesar el tabique, lo harán por delante. Esta lengüeta tendinosa está separada totalmente del resto del tabique fibroso interno siendo la aponeurosis plantar media, donde hemos visto que se inserta, el único puente existente entre ambos. No obstante, su misión y sus características de vecin-





1—Aponeurosis plantaris. 2—M. adductor hallucis. 3—Paquete vásculo-nervioso plantar externo. 4—Paquete vásculo-nervioso plantar interno. 5—Tendo m. flexoris digitorum longi. 6—Tendo m. tibialis posterioris. 7—Aponeurosis plantaris interna. 8—Lengüeta posterior del tabique. 9—Porción principal del tabique. 10—Porción anterior del tabique. 11—Tendo m. flexoris hallucis longi.

OA—Orificio anterior del tabique. OM—Orificio medio. OP—Orificio posterior. Oc—Orificio de entrada al conducto para los vasos plantares internos.





dad, inserción y constitución hacen que se incorpore sin dificultad al tabique para que forme parte de él.

Pensamos en un principio que esta lengüeta estaba formada por las fibras más internas, desgajadas de la ya citada hoja profunda de la aponeurosis plantar media pero posteriormente vimos y pudimos comprobar que no es así; se inserta solamente en ella y no existe la menor continuación, de tal manera que las fibras de una y otra interceden formando ángulos de vértices agudos, abiertos hacia atrás y en conjunto un ángulo diedro cuya arista corresponde, naturalmente, a la línea de inserción.

Su forma es cuadrilátera, ensanchada un poco hacia su inserción profunda y su anchura no excederá de un centímetro.

Seguimos hacia delante y nos encontramos con el borde posterior de la porción más representativa del tabique: es la porción media o tabique propiamente dicho.

La porción media presenta en la mitad de la altura de su borde posterior, cóncavo hacia atrás, el orificio de entrada a un conducto que se extiende, en una longitud de unos cuatro centímetros, en el espesor del tabique que, a tal afecto, se desdobra en dos hojas difíciles de separar entre sí. El conducto se abre, por su extremidad anterior, en la celda media.

Más adelante, pasado ya ese orificio posterior del conducto antes citado, el tabique está reforzado, en su cara interna, por una inserción que a su paso hace en él el m. adductor hallucis. Cuando éste se separa, quedan en el tabique una serie de fibras tendinosas de inserción, cruzadas en todos sentidos, aunque predominan aquellas que siguen la dirección de las fibras musculares. Este refuerzo hace que esta porción del tabique sea la más resistente y de más claras características.

Sigue hacia delante el tabique y continúa uniforme hasta que se encuentra al tendón del m. flexor hallucis



longus que le obliga a interrumpirse para darle paso. El cruce de este tendón marca el límite anterior de esta porción media del tabique. En conjunto, es translúcida y su morfología recuerda la de un rectángulo con lados mayores orientados en sentido del eje mayor del pie; su longitud representa tres veces o tres veces e media su altura.

Saltamos ahora sobre el tendón del m. flexor hallucis longus y del caput obliquum abductoris hallucis y nos encontramos con que, todavía de la línea de intersección de las aponeurosis plantares media e interna, nace una nueva lengüeta tendinosa que corresponde a la parte más débil del tabique, pero que todavía es lo suficientemente fuerte para resistir tracciones, más fuertes que moderadas, y oponerse al paso de cualquier instrumento que no sea cortante. Esta lámina que viene a caer sobre la ya citada caput obliquum m. abductoris hallucis, no se fija en ella sino que se desliza por encima y, llegando a su borde ántero-externo, se lanza a la profundidad para insertarse en la membrana interósea.

*Inserciones.* — Representan una línea irregular que se extiende, longitudinalmente, sensiblemente paralela al borde interno del pie, por los dos tercios anteriores de su planta, aproximadamente.

La lengüeta posterior se fija, por su profundidad, en pleno canal calcáneo, por dentro del lig. calcaneo-cuboideum plantare, en una longitud de un centímetro.

La porción media del tabique tiene inserciones más complejas.

De atrás adelante se fija en los huesos calcaneum, naviculare pedis, cuneiforme primum y metatarsium primum en superficies de extensión variada, bien en los huesos propiamente dichos o en los ligamentos y tendones que los cubren, como lig. calcaneo-naviculare

plantare, lig. cubonaviculare obliquum, tendones de los mm. tibialis posterior y fibularis longus, etc., de los que algunas fibras parecen reforzar el tabique en la parte que a ellos se avvicina. La inserción profunda, ya descrita, es más extensa que la superficial, tomando así el tabique un aspecto trapezoidal con base mayor en la profundidad.

La situación de sus caras es algo inclinada hacia la profundidad y adentro, de tal manera que su cara externa resulta ligeramente superior e inferior la interna.

La lengüeta anterior del tabique, al hacerse profunda, se desvía hacia afuera resbalando sobre el m. abductor hallucis (caput obliquum) para caer por delante sobre la unión de los dos vientres del citado músculo y fijarse firmemente sobre la aponeurosis interósea a nivel del primer espacio.

*Orificios y conducto:*—Tres son los orificios, posterior, medio y anterior, que se pueden estudiar a propósito del tabique fibroso interno del pie, si bien el posterior se relaciona con el tabique sólo en cuanto que éste contribuye a formar su límite anterior. Como hemos señalado anteriormente, también podemos estudiar un conducto labrado en el espesor de esta formación fibrosa.

a) — Orificio posterior. Es el más amplio de todos, ya que su extenso marco óseo impide el colapsamiento de los bordes, que sucede cuando estos son tendinosos. Su mitad interna es inferior con relación a la externa. Por este orificio pasa el paquete vásculo-nervioso plantar externo rodeado de abundantísima grasa.

b) — Orificio medio. Un poco menos extenso que el posterior está limitado: por detrás, por el borde anterior de la lengüeta tendinosa posterior; por delante, por el borde posterior de la zona media del tabique; del lado plantar o superficial, por la línea de intersección



de las aponeurosis plantares media e interna, libre a este nivel de inserciones por parte del tabique, como ya señalamos al describir la lengüeta posterior.

Está relleno este orificio de pelotones de grasa y por él pasan, aparte de ramos vasculares sin importancia, los tendones de los mm. flexor digitorum longus y flexor hallucis longus, que lo atraviesan muy diagonalmente, y el paquete vásculo-nervioso plantar interno que se introduce en el orificio de su contorno anterior.

c) — Orificio anterior. Es de bordes menos netos que los precedentes, sobre todo en lo que se refiere a su contorno anterior, que hay que buscarlo con sumo cuidado.

El orificio es elíptico, de eje mayor longitudinal, con su extremidad anterior más externa que la posterior. Se observa con más facilidad tirando del tabique como si se quisiera arrancar de sus inserciones profundas. Da paso al tendón del m. flexor hallucis longus, que entra en la celda interna y salta sobre el caput obliquum musculi abductoris hallucis, aunque se adapta a él.

*Relaciones del tabique con el conducto calcáneo interno y su contenido.* — El tabique fibroso interno de la planta del pie, considerado de una manera abstracta, es un diafragma que cierra el paso al conducto calcáneo cuyo contenido, si bien se puede abrir difícil paso hacia la celda plantar interna, ha de atravesarlo para pasar a la media.

El paso de los órganos vasculares, nerviosos y tendinosos por el tabique fibroso interno, se hace através de los dos orificios posteriores ya citados.

A la vista de la pieza, no se puede admitir que el orificio posterior represente una sección del conducto calcáneo que pasaría como tal conducto a la celda media. En tal caso, para ser más exactos, tendríamos que hablar de una división del conducto en varios conductos hijos, por lo menos en dos, ya que si el orificio pos-



terior representa la mitad posterior de la extremidad inferior abierta del conducto, el orificio medio representa igualmente su mitad anterior, y sin embargo nadie ha pensado en una bifurcación del conducto. Y no contamos con que el tendón del m. tibialis posterior así como el paquete vásculo -nervioso plantar interno, que son órganos del contenido del conducto calcáneo, siguen caminos distintos y ninguno pasa por los antedichos orificios. Es mas fácil, pues, considerar que el conducto calcáneo interno termina allá donde se le opone el tabique fibroso interno, que hablar de prolongaciones anterior, media y posterior que ya carecen de didáctica y de sencillez y, por tanto, de razón.

Al llegar los órganos del conducto al diafragma fibroso se reparten de una manera muy simple.

El paquete vásculo-nervioso plantar externo es el que sufre menos desviación para introducirse en el orificio posterior, mientras que el paquete plantar interno ha de dirigirse francamente hacia delante para introducirse en su conducto.

El paquete vásculo-nervioso externo cruza transversalmente el tabique y se adentra en la celda media. Va envuelto, tanto en ésta como en el conducto calcáneo y al atravesar el tabique, en abundantísima grasa que no presenta demasiadas dificultades para su aislamiento.

El paquete vásculo-nervioso plantar interno se separa del externo enfrente de la lengüeta fibrosa posterior, desde donde se dirige hacia el orificio medio. Lo cruza, de atrás adelante, pero no en sentido de la profundidad, ya que no pasa a la celda media, sino que se introduce en el orificio excavado en el borde anterior de su contorno. Cruza todo el conducto, de 4 ctms. aproximadamente, y se abre por su orificio anterior en la celda media. En ésta, se adosa a la pared externa del tabique hasta que se reparte en sus ramas, algunas de las cuales penetran en la celda interna por el orificio anterior del tabique.



El tendón del m. tibialis posterior no toma relaciones con el tabique como no sea a través de sus inserciones.

Los tendones de los mm. flexor digitorum longus y flexor hallucis longus atraviesan diagonalmente el orificio medio cruzando profundamente a los vasos plantares internos. El último de los tendones citados abandona la celda media a la altura del orificio anterior del tabique, que atraviesa para pasar a la interna.

*Trabalho do Instituto Anatómico da  
Faculdade de Medicina de Granada.  
Director: Prof. Guirao Gea.*







# FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

(Propriété du Laboratoire d'Anatomie et de l'Institut d'Histologie et d'Embryologie)

EDITEUR: PROF. MAXIMINO CORREIA

Les FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS publient des mémoires originaux et des études d'Anatomie descriptive et topographique, d'Anatomie pathologique, d'Histologie et d'Embryologie.

Les FOLIA rédigées en portugais sont suivies d'un résumé en français, en anglais ou en allemand, au choix de l'auteur. Les fascicules contenant, une ou plusieurs FOLIA, paraissent au fur et mesure que les articles sont imprimés, d'après l'ordre de réception des manuscrits.

Les manuscrits adressés à la rédaction ne sont pas rendus à leurs auteurs même quand ils ne sont pas publiés.

Les communications concernant la rédaction et l'administration des FOLIA ANATOMICA doivent être adressées à M. le Prof. Maximino Correia, Laboratoire d'Anatomie, Largo Marquez de Pombal, Coimbra, Portugal.